**SHINING STAR FOUNDATION**

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN**

# INSTRUCCIONES PARA COMPLETARLA

Los empleados actuales que enfrentan dificultades imprevistas pueden aplicar para recibir hasta $1,000 por parte de Shining Star Foundation. Complete esta solicitud en su totalidad y brinde respuestas completas a TODAS las preguntas. La solicitud completa debe estar firmada por el solicitante y su supervisor.

# INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (ESTA SOLICITUD DEBE ESCRIBIRSE EN LETRA DE IMPRENTA).

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) Fecha de contratación

Número de teléfono de contacto

Dirección, ciudad, estado, código postal

Nombre del restaurante, número del restaurante, número de teléfono del restaurante

¿El solicitante recibió asistencia de Shining Star en los últimos 12 meses?

\*\*Al firmar esta solicitud, he verificado que todo lo declarado en la página adjunta es verdadero y correcto a mi leal saber y entender, y este solicitante ha cumplido con toda la guía de Shining Star Foundation.

Nombre en letra de imprenta, cargo y firma del supervisor, fecha

Nombre en letra de imprenta, cargo y firma del supervisor, fecha

Primer plano de un logotipo

Descripción generada automáticamente SOLICITUD DE ASISTENCIA (ESTA APLICACIÓN DEBE ESTAR ESCRITA EN LETRA DE IMPRENTA).

Motivo de la solicitud

¿En qué fecha ocurrió el evento?

Cantidad solicitada:

Enumere todos los gastos de bolsillo incurridos debido a la tragedia.

Cómo se utilizarán los fondos de Shining Star:

Si la tragedia le pasó a un familiar directo, ¿cuál es la relación del familiar con el empleado?

¿Esta persona está registrada en la declaración de impuestos del empleado o el solicitante es el principal sostén de esta persona?

\_\_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

Enumere las edades y las relaciones de los miembros del hogar de quienes el solicitante es responsable financieramente (registrados en la declaración de impuestos)

Enumere todas las demás fuentes de ingresos

¿El solicitante tiene otros recursos financieros disponibles para cubrir el costo de la tragedia?

¿El solicitante o su cónyuge solicitante tienen algún seguro aplicable a la tragedia?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Seguro de salud | Sí | No | Deducible |
| Seguro de vehículo | Sí | No | Deducible |
| Seguro para inquilinos | Sí | No | Deducible |

Seguro de   
vivienda propia \_\_\_Sí No \_\_\_\_\_\_\_\_\_Deducible

Seguro de vida Sí No Monto

¿El solicitante tiene cobertura por discapacidad a través del gobierno o alguna fuente privada?

Sí No

¿El solicitante tiene alguna ayuda del gobierno para gastos médicos (p. ej. Medicaid, planes del condado o del estado)?

Sí No

¿La tragedia obligó al solicitante a faltar al trabajo?

Sí ¿Cuántos días? ¿Cuánto sumaban los salarios perdidos?

No