



Formulario de solicitud del fondo *GC Cares*

Los fondos brindan ayuda económica de corto plazo a empleados de la franquicia y compañía Golden Corral que están pasando por necesidad económica severa debido a emergencias inesperadas o a catástrofes.

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

CIUDAD Y ESTADO
CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CORREO
ELECTRÓNICO:

ESTABLECIMIENTO
NÚMERO:

ESTABLECIMIENTO
CIUDAD Y ESTADO:

PUESTO:

FECHA DE
CONTRATACIÓN :

COMPAÑÍA FRANQUICIA

NOMBRE DEL
FRANQUICIADOR:

¿PODEMOS USAR SU CASO EN NUEVAS HISTORIAS DE *GC CARES*?

POR FAVOR LEA LAS PAUTAS PARA LA OBTENCIÓN DE FONDOS. MARQUE EL CASILLERO DEL TIPO DE AYUDA ECONÓMICA QUE SOLICITA

- Catástrofe o desastre natural en el lugar de residencia Cuidado de un familiar Gastos de funeral
 Asistencia para vivienda transitoria Enfermedad de un empleado Viaje de emergencia
 Necesidades básicas

MONTO DE DÓLARES SOLICITADOS \$

EXPLICACIÓN DE LA NECESIDAD (**La ayuda económica de la solicitud se evaluará SOLAMENTE en base a la información proporcionada y a la documentación de respaldo. Por favor sea específico y proporcione todos los detalles posibles. Además de proporcionar documentación de respaldo de terceras personas que demuestre la catástrofe, es de utilidad para el Comité de selección de ayuda económica ver copias de sus recibos donde se muestre el impacto económico del suceso.**)

De ser necesario, adjunte más hojas

Nombre del empleado: _____
Primer nombre _____ Apellido _____

Confidencialidad

La información personal del solicitante será manejada por GC Cares, Inc. con la sensibilidad apropiada al grado que sea razonablemente práctico. Sin embargo (1) la información sobre la solicitud y el solicitante tendrá que ser divulgada y comentada con aquellos involucrados en el proceso de revisión de subvención; (2) es posible que GC Cares, Inc. públicamente describa y promueva la información sobre las subvenciones en general, sin específicamente identificar a un solicitante en particular; (3) es posible que el público en general y los medios puedan obtener información concerniente a la participación en particular de un solicitante en el proceso de subvención mediante otras fuentes, y (4) es posible que a GC Cares, Inc. se le obligue divulgar información sobre usted, su solicitud y la subvención según lo exija la ley correspondiente. Tenga en mente que su empleador también pudiera estar consciente de, y proporcionar a GC Cares, Inc. su información personal en relación con su participación en el proceso de solicitud.

Certificación y Autorización

Al firmar abajo y presentar esta solicitud, certifico que la información anterior es fidedigna y correcta y que no tengo otros recursos financieros o bienes que se pudieran usar razonablemente para satisfacer esta necesidad o responsabilidad. Entiendo que presentar esta solicitud no garantiza que GC Cares, Inc. otorgue la subvención. Además, al firmar abajo, autorizo a GC Cares, Inc. a comunicarse conmigo en relación a preguntas o a la solicitud de más información para esta solicitud.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Firma autorizada:
(si el empleado no puede firmar) _____ Fecha: _____

Nombre del gerente/
franquiciador: _____ Firma del gerente/
franquiciador: _____

La solicitud firmada y la documentación de respaldo debe enviarse por correo postal, fax o correo electrónico a:

GC Cares, Inc. | PO Box 29502 | Raleigh, NC 27626

Por fax a: (919) 881-4577 | Por correo electrónico a: gccares@goldencorral.net

PAUTAS PARA LA OBTENCIÓN DE FONDOS GC CARES

Se debe incluir documentación de respaldo de terceros que demuestre la catástrofe. Se pueden presentar fotografías que ilustren el alcance de la pérdida, pero no son sustitutos de la documentación de respaldo de terceros, excepto como se indique.

Sucesos aceptables para obtener asistencia económica

- 1) **Catástrofe o desastre natural en el lugar de residencia** – Se brinda asistencia a un empleado que enfrente gastos urgentes o fuera de lo normal debido a una catástrofe o desastre natural (por ejemplo, inundación, incendio, tornado o huracán) o bien, por accidente a su residencia principal.
Documento(s) requerido(s): Casa: Reporte del jefe de bomberos, carta del arrendador de la vivienda, documento de la compañía de seguros o de la Cruz Roja que afirme que la casa fue destruida o que es inhabitable. Automóvil: (solamente cuando el daño sea por desastre natural): Carta de la compañía de seguros o una cotización por escrito de parte del taller de reparación.
- 2) **Asistencia para vivienda transitoria** – Se brinda asistencia a un empleado(a) cuando la violencia intra-familiar obliga a la persona a cambiar su residencia personal de inmediato para evitar que continúe la violencia.
Documento(s) requerido(s): Fotografías u otro tipo de documentación que muestre la lesión/acto de violencia.
- 3) **Cuidado de un familiar** – Se brinda asistencia a un empleado cuando uno de sus familiares inmediatos (por ejemplo: padres, cónyuge, hermano(a), hijo(a) o cónyuge de hijo/a) sufre una enfermedad larga (que dure más de dos semanas) y el empleado se ausenta del trabajo por lo menos dos semanas o bien, el horario del empleado se vea reducido a menos del 50% del tiempo para que pueda atender a su familiar.
Documento(s) requerido(s): Una carta de parte del médico de cabecera que indique el principio de la enfermedad inesperada y el tiempo que se espera que el empleado necesitará brindar cuidados.
- 4) **Enfermedad del empleado** – Se brinda asistencia a un empleado cuando se encuentra severamente enfermo o herido, por lo cual tenga que ausentarse del trabajo por tiempo prolongado.
Documento(s) requerido(s): Una carta de parte del médico de cabecera que indique el principio de la enfermedad inesperada y el tiempo de ausencia del trabajo que el empleado va a necesitar.
- 5) **Gastos de funeral** – Se brinda asistencia a un empleado (1) **que tenga la responsabilidad económica de solventar el funeral** de un familiar inmediato (por ejemplo: padres, cónyuge, hermano(a), hijo(a) o cónyuge de hijo/a) o (2) un familiar inmediato del empleado **que tenga la responsabilidad económica de solventar el funeral** del empleado.
Documento(s) requerido(s): Una copia de la factura de la funeraria que muestre el monto a deber y que el empleado o el familiar es la persona responsable del pago.
- 6) **Viaje de emergencia** – Se brinda asistencia a un empleado, cónyuge o familiar inmediato (por ejemplo: padres, cónyuge, hermano(a), hijo(a) o cónyuge de hijo/a) que comparte vivienda y que tenga la necesidad de viajar (1) para asistir a un funeral o para visitar por última vez a un familiar inmediato con enfermedad terminal o bien (2) para acompañar a un familiar inmediato severamente enfermo a un sitio médico remoto o a un sitio de cuidados paliativos.
Documento(s) requerido(s): (1) Una carta de parte del médico de cabecera en relación al estado de la enfermedad terminal de la persona o la necesidad de un sitio médico remoto o bien, documentación del funeral. (2) Recibos de gastos por viaje.
- 7) **Necesidades básicas** – Para evitar la condición de desamparo y/o para contar con necesidades esenciales como alimento, servicios públicos y cuidado de niños pequeños cuando un empleado no pueda trabajar o satisfacer necesidades básicas debido a una emergencia imprevista.
Documento(s) requerido(s): (1) Copias de facturas que indiquen nombres de proveedores de servicios y el monto a deber (2) Documentación que explique la emergencia imprevista.

Es de ayuda presentar lo siguiente en el caso de todos los sucesos mencionados: Fotografías, recibos que documenten gastos de subsistencia.