

2026 SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Ayudando a aquellos en nuestra industria más necesitados

Proporcionamos asistencia financiera para ayudar con atención médica, recetas, equipo médico, refugio, alimentos, etc. servicios públicos de y otras necesidades básicas para las familias que tienen un evento médico que altera la vida.

ELEGIBILIDAD PARA LA SOLICITUD:

1. El solicitante debe ser diagnosticado por un médico en ejercicio como tener una vida alterando dificultades tales como crisis médica catastrófica, lesión grave, o dosificación que afecta la capacidad para trabajar o cuidar de si mismo.
2. El solicitante o familiar inmediato (cónyuge, hijos o nietos que viven en el mismo hogar) debe haber obtenido ingresos primarios del empleo en el negocio de cubierta de piso durante al menos cinco años. Los años elegibles no tiene que ser consecutivos. Si no está actualmente empleado en la industria de pisos, el empleo calificado debe haber concluido en los últimos cinco años, con excepciones para aquellos que están jubilados o dejaron de trabajar debido a una condición médica calificada.
3. El hogar debe estar en extrema necesidad financiera. Los activos líquidos del hogar (efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, cuentas del mercado monetario, acciones, certificados de depósito, bonos, y los fondos mutuos) serán considerados.

Nombre de Solicitante

Número de Seguro Social:

Dirección:

Cuidad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono Residencial:

Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento:

Empleador Actual O Ultimo Lugar de Empleo:

Fechas de Empleo:

Arreglos de Vivienda: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Conviviente

Si está casado o cohabita, complete esta seccion:

Nombre del
cónyuge/pareja:

Número de Seguro Social:

Empleador:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Anote el nombre, la edad y la relación con usted de todos los miembros de su hogar:

¿Como se enteró de la **Fundación de la Industria de Revestimientos para Pisos?**

Antes de esta solicitud, ¿alguna vez ha solicitado la asistencia de FCIF? Sí No

INFORMACION DE LA SOLICITUD

- Toda la información contenida en este documento es estrictamente confidencial, accesible solo para el liderazgo de la Fundación de la Industria y personal asignado de la Fundación. Todos los documentos presentados pasan a ser propiedad de la FCIF.
- Los estándares de elegibilidad son establecidos por el piso que cubre la Junta Directiva de Industry Foundation. Nuestro objetivo es ayudar a todos los solicitantes calificados dentro de las limitaciones de financiación de la Fundación. Todas las decisiones son definitivas.
- Todos los beneficiarios de subvenciones deben proporcionar informes y documentos médicos y financieros continuos según lo requiera la Fundación como condición para continuar con la financiación.
- En caso de fallecimiento de un beneficiario, la Fundación deberá ser notificada por escrito (FCIF, 855 Abutment Rd, #1, Dalton, GA 30721) o por teléfono (706-217-1183) dentro de las dos semanas siguientes al fallecimiento del destinatario.
- En el caso de que descubramos que los fondos se han utilizado indebidamente o se nos ha proporcionado información falsa, los pagos cesarán de inmediato.

EL INGRESO FAMILIAR*: Las fuentes de ingresos pueden incluir (pero no se limitan a): Salarios, Ingresos del Seguro Social, Incapacidad/SSI del Seguro Social, Incapacidad a corto o largo plazo, Compensación de Trabajadores, Beneficios para veteranos, Desempleo, Cupones de de Alimentos, pensión alimenticia, pensión(s), manutención de los hijos, etc. Incluya documentación para cada fuente de ingresos como se detalla en la página ultima.

***SEGUNDO PASO DE LA APLICACIÓN:** Después de que FCIF verifique su empleo y reciba de nuevo sus registros médicos, le enviaremos una hoja de cálculo de gastos del hogar para completar y pedir copias de las facturas médicas del hogar y todos los gastos mensuales de vida tales como alquiler/hipoteca, servicios públicos, pagos de automóviles, etc.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE	FUENTE DE INGRESOS (NOMBRE DEL EMPLEADOR SEGURO SOCIAL, CUPONES DE ALIMENTOS, ETC.)	MONTO MENSUAL (DESPUÉS DE MPUESTOS DEDUCCIONES)
Ingresos del solicitante		
Cónyuge/Otros Ingresos Significativos		
Ingresos de otros miembros del hogar		

INGRESOS ÚNICOS: Complete esta sección si ha recibido pagos únicos de otras fuentes en los últimos seis meses, tales como: Donaciones de la iglesia, contribuciones de recaudación de fondos en línea de Go Fund Me, pago retroactivo único por discapacidad, subvenciones de otras fundaciones o organizaciones sin fines de lucro, regalos de miembros de la familia, fondos de ayuda, etc.

FUENTE DE INGRESOS	PERSONA QUE RECIBO	FECHA RECIBIDA	CANTIDAD UNICA
--------------------	--------------------	----------------	----------------

RECURSOS FINANCIEROS:	NOMBRE DE LA PERSONA EN LA CUENTA	BANCO/OTRA INSTITUCIÓN	SALDO ACTUAL
Cuentas de cheques y de ahorros (Envíe los estados de cuenta de los últimos dos meses para todos los miembros del hogar)			
Cuenta(s) de jubilación (acciones, propiedades, inversiones, propiedad de negocios, etc.)			
Otra cuenta(s)			

EMPLEO

Por favor, enumere los trabajos de pisos de todos los miembros del hogar que tienen 5 o más años de servicio en la industria de recubrimientos para pisos. Los años de empleo pueden ser de más de una empresa.

Empleo #1

Nombre del Empleado: Número de Seguro Social:
Empresa: Fechas de Empleo:
Título(s) del trabajo:
Ciudad: Estado: Teléfono de la Compañía:

Empleo #2

Nombre del Empleado: Número de Seguro Social:
Empresa: Fechas de Empleo:
Título(s) del trabajo:
Ciudad: Estado: Teléfono de la Compañía:

Empleo #3

Nombre del Empleado: Número de Seguro Social:
Empresa: Fechas de Empleo:
Título(s) del trabajo:
Ciudad: Estado: Teléfono de la Compañía:

Si trabajó en otros lugares desde que dejó la industria de revestimientos para pisos, enumere (adjunte una hoja adicional si es necesario):

Empleador: Título del trabajo: Fechas de Empleo:
Empleador: Título del trabajo: Fechas de Empleo:

Si abandonó la industria de los pisos, marque la razón a continuación:

1. Jubilado 2. Por lesión, enfermedad, discapacidad 3. Otro: explique a continuación:

Por la presente, autorizo a los empleadores enumerados anteriormente a divulgar información sobre mi historial laboral:

► Firma:

Fecha:

Por favor, enumere los intervalos de fechas en que su condición médica le ha mantenido a usted o a su familiar fuera del trabajo. Por favor, proporcione una nota del médico especificando sus limitaciones de trabajo y la fecha esperada en que su médico le dará de vuelta para trabajar:

**MEDICAL RECORDS RELEASE
(PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS)**

The **Floor Covering Industry Foundation** provides financial grants to individuals who have life-altering medical conditions, worked in the floor covering industry for 5 or more years, and in financial need.

Miembro del hogar con necesidades médicas:

SSN (Número de Seguro Social):

Fecha de Nacimiento:

Nombre del medico:

Especialidad Médica:

Dirección del medico:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Fax:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

por la presente autorizo la divulgación

de mi información médica a la Fundación de la Industria de Revestimientos para Pisos.

the **Floor Covering Industry Foundation**, including but not limited to, any and all hospital, clinic, medical, treatment, therapy, and rehabilitation records, as well as copies of any x-ray or any other diagnostic imaging files. This authorization also allows any authorized agent employed or otherwise hired by the **Floor Covering Industry Foundation**, to directly contact any of my prior or currently treating physicians, chiropractors, or any other health care providers, vocational rehabilitation providers, or mental health care providers for the purpose of discussing my diagnoses, treatment, progress, and prognoses.

The information obtained pursuant to this authorization shall be used for the limited purpose of evaluating whether I qualify for certain benefits or gifts to be granted to me by the **Floor Covering Industry Foundation**. A photocopy of this release as signed by me may be used in lieu of the original, and any such photocopy shall have the same validity as if it were the original. I understand that I will be provided with a copy of my executed release upon my request. The applicant may revoke the authorization for the release of medical information and terminate the financial assistance application by writing to the **Floor Covering Industry Foundation**, 855 Abutment Rd. #1, Dalton, GA 30721.

Este formulario de autorización médica vence a los 360 días de la fecha en que se firma, a menos que se indique otra fecha aquí:

Autorizo a la **Floor Covering Industry Foundation (Fundación de la Industria de Recubrimientos para Pisos)** a divulgar información médica (SE REQUIERE FIRMA)

▷ **FIRMA DEL SOLICITANTE**

Fecha:

Las solicitudes pueden ser proporcionadas para gastos médicos de emergencia, gastos continuos de atención médica, o para necesidades básicas tales como alimentos, refugio, servicios públicos y recetas. La ayuda financiera se basa en las necesidades individuales. Las solicitudes se pueden otorgar en una sola hora, una base de procedimiento específico, y/o se pueden otorgar como un estipendio mensual por seis meses. Después de seis meses, puede volver a aplicar. Describa en detalle la necesidad para la solicitud. Brindamos asistencia durante seis meses a la vez. Tenga en cuenta si otros miembros del hogar tienen necesidades médicas.

Por favor describa las condiciones médicas graves de todos los miembros de la familia. Solo incluya las condiciones médicas que le están causando dificultades financieras:

Por favor, describa sus necesidades financieras con las que está solicitando ayuda (por ejemplo, si necesita ayuda con el alquiler/hipoteca de, servicios públicos, alimentos, equipo médico, necesidades de accesibilidad para discapacitados para su hogar, etc.):

Solicitud única de procedimiento, cirugía, equipo o gastos de vivienda y manutención atrasados:

\$

Gastos de vivienda, manutención y médicos solicitados cada mes:

\$

¿Tiene seguro médico? Sí No Por favor, proporcione una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro.

¿Cuál es su deducible?

¿Cuál es su desembolso máximo?

Compania de Seguro:

LOS DOCUMENTOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN DEBEN INCLUIRSE CON LA SOLICITUD.

Proporcione información sobre los ingresos y gastos de cada miembro que viva en el hogar del solicitante.

1. Registros médicos de los últimos seis meses para el solicitante y cualquier otro miembro del hogar que tenga una condición médica grave. Por favor incluya una nota del médico sobre cualquier restricción de trabajo. **Si el solicitante tiene acceso a sus registros médicos, puede ser presentado directamente a FCIF para disminuir el tiempo de procesamiento de la solicitud.**
2. Una copia de la declaración de impuestos más reciente presentada por todos los que viven en el hogar. Si el miembro del hogar que ha trabajado para la industria de revestimientos de pisos es/fue trabajador por cuenta propia, proporcione cinco años de declaraciones de impuestos que incluyan el Anexo C (no tienen que ser años consecutivos). Si alguien en la casa es dueño de un negocio, por favor incluya la declaración de impuestos de negocios del año más reciente.
3. Talones de cheque de pago de los últimos 60 días para cada miembro del hogar que está trabajando. Si un miembro de la familia es mayor de 21 años y no trabaja, por favor proporcione una declaración sobre por qué él o ella no está trabajando.
4. Si recibe pagos por discapacidad a corto o largo plazo, desempleo, Seguro Social, asistencia social o cupones de alimentos, proporcione una carta de adjudicación.
5. Estados de cuenta de cheques y de ahorros de los últimos dos meses (todas las páginas, anverso y reverso). Incluya los estados de cuenta bancarios conjuntos como los estados de cuenta bancarios individuales de todas las personas en el hogar.
6. Todas las páginas de las cuentas 401(k) o de jubilación.
7. Copias de las tarjetas de seguro médico (anverso y reverso) de todos los miembros del hogar que tengan una afección médica grave.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN:

Por la presente certifico que he respondido a las preguntas en esta solicitud de la mejor manera posible sin ninguna limitación; los hechos aquí expuestos son ciertos y entiendo que cualquier tergiversación o información falsa me descalificará (el solicitante) para cualquier ayuda de la Fundación. Además, acepto notificar a la Fundación Floor Covering Industry de cualquier cambio en mi situación financiera desde el momento de mi solicitud hasta el momento en que se me de asistencia financiera. Garantizo que todo el dinero recibido de la Fundación se utilizará para gastos como se indica en la carta de adjudicación. También autorizo a la Fundación a discutir mi solicitud con otras organizaciones sin fines de lucro o agencias que puedan ser capaces de proporcionarme asistencia.

Las siguientes personas están autorizadas a comunicarse con la **Fundación de la Industria de Revestimientos para Pisos** sobre mi solicitud:

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación: _____

Dentro de los 10 días posteriores a la recepción de su solicitud, necesitaremos programar una entrevista telefónica con usted.
¿Cuál es la mejor hora del día, de lunes a viernes para comunicarnos con usted por teléfono?

▷ FIRMA DEL SOLICITANTE

Fecha:

Escriba el nombre del solicitante:

LAS SOLICITUDES TARDAN UN MÍNIMO DE 15 DÍAS EN PROCESARSE UNA VEZ QUE SE RECIBE TODA LA DOCUMENTACIÓN.
INTENTE ENVIAR TODA LA DOCUMENTACIÓN A LA VEZ PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE PROCESAMIENTO.

La solicitud completa y los documentos se pueden enviar a:

Gerente de Divulgación • Fundación de la Industria de Revestimientos para Pisos • 855 Abutment Rd. # 1, Dalton, GA 30721
FAX: 706-217-1165 • Escaneo y correo electrónico: info-fcif.org • ¿Preguntas? Llame al 706.217.1183