



WALSH / Di TOLLA / SPIVAK FOUNDATION

Catastrophic Relief Application

MISSION

La Fondation Walsh/Di Tolla/Spivak aide les membres de l'IATSE en période de catastrophe. Il s'agit d'un avantage « sans conditions », réservé exclusivement aux membres en règle. Il est accordé à la discrétion des administrateurs de la Fondation Walsh/Di Tolla/Spivak avec l'approbation préalable de la section locale d'origine du membre. La candidature, une fois soumise à votre section locale d'origine, sera accompagnée d'informations provenant du dossier du membre, si nécessaire, avant d'être soumise à la Fondation Walsh/Di Tolla/Spivak pour examen.

CE QUI EST ADMISSIBLE

- Assistance au remboursement en cas de catastrophe naturelle (y compris, mais sans s'y limiter, les incendies dus à la foudre, aux inondations, aux dégâts causés par le vent, etc.) avec déclaration du bureau du président de l'IATSE.

CE QUI N'EST PAS

- Accident (y compris, mais sans s'y limiter, un incendie, un accident de voiture, etc.)
- Dommages corporels en dehors du travail, qui affectent la capacité des membres à travailler.
- Urgence médicale ou décès
- Blessures « au travail » (devraient être couvertes par l'assurance-accidents du travail)
- Réadaptation
- Expiration de l'assurance chômage
- Couverture santé COBRA ou déficit du fonds IATSE NBF CAPP
- Prêts personnels pour voitures, maisons, etc.
- Frais juridiques
- Problèmes liés à la pandémie

Vous devrez remplir lisiblement toutes les sections applicables pour que votre candidature soit prise en compte.

Les reçus doivent être soumis pour être remboursés. La Fondation Walsh/Di Tolla/Spivak peut rembourser jusqu'à 3 000,00 \$, mais tous les reçus doivent être documentés. Des photos documentant vos besoins sont utiles.

INSTRUCTIONS

Veillez retourner le formulaire de candidature ci-joint et les pièces justificatives à votre section locale d'origine. Ils rempliront la partie appropriée de la demande et transmettront le tout à la Fondation Walsh/Di Tolla/Spivak pour examen.



WALSH / Di TOLLA / SPIVAK FOUNDATION

Catastrophic Relief Application

Veillez vous assurer de remplir lisiblement TOUTES les sections, sinon votre demande ne sera pas prise en compte.

INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT

Titre de l'événement catastrophique : _____

Nom : _____ Date de la demande : _____

Adresse : _____ 4 derniers numéros de sécurité sociale : _____

Ville : _____ État/Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Local local : _____

VEUILLEZ FOURNIR CE QUI SUIT :

Vérifiez les remboursements que vous demandez – Fournissez un justificatif.

- Hôtel d'évacuation/frais
- Réparations à domicile
- Franchise d'assurance avec devis de réparation
- Autre : Veuillez préciser _____

Combien demandez-vous ? _____ Est-ce couvert par une assurance ? Oui Non
(encerclez-en une)

De manière aussi détaillée que possible, veuillez décrire les circonstances spécifiques ayant entraîné les dommages (utilisez le verso pour en savoir plus) :

CERTIFICATION DU CANDIDAT

Je, _____, certifie et accepte par la présente ce qui
(veuillez écrire votre nom)
suit :

- Les informations fournies dans cette application sont vraies et correctes.
- Je comprends que le fait de ne pas fournir les informations ci-dessus peut entraîner le refus de ma candidature.
- Je comprends que j'ai 10 jours à compter de la date de candidature pour soumettre les vérifications demandées.
- Je comprends que donner de fausses informations peut entraîner la perte du privilège de tous les avantages de l'IATSE.

Sous peine de parjure, je jure et affirme que la présente demande est, à ma connaissance, véridique et complète.

(signature du demandeur)

(date)

POUR USAGE DE LA SECTION LOCALE D'ORIGINE DU DEMANDEUR

APPROBATION DE LA SECTION LOCALE D'ORIGINE

Au nom de la section locale d'origine du demandeur (section locale _____), je suis autorisé à approuver cette demande et certificat attestant que les reçus appropriés ont été joints.

Si de plus amples informations sur cette application sont nécessaires, veuillez me contacter.

Signature du dirigeant local

date

Nom imprimé de l'officier

Téléphone

e-mail

Date Received by
Home Local

Merci de retourner ce dossier accompagné de toutes les pièces justificatives à :

Fondation Walsh/Di Tolla/Spivak, 207 West 25th Street, 4th Floor, New York, NY 10001

FONDATION WALSH/DITOLLA/SPIVAK À UTILISER UNIQUEMENT

Approbation le : _____ Montant : _____ \$ Chèque # _____