



WALSH / Di TOLLA / SPIVAK FOUNDATION

Aplicación de Alivio Catastrófico

MISIÓN

La Fundación Walsh/Di Tolla/Spivak ayuda a los miembros de IATSE en tiempos de catástrofe. Es un beneficio “sin condiciones”, exclusivo para miembros en buen regla. Se otorga a discreción de los Fideicomisarios de la Fundación Walsh/Di Tolla/Spivak con la aprobación previa del Local del miembro. La solicitud, una vez enviada a su local, tendrá adjunta la información de la ficha del afiliado, si es necesario, antes de ser enviada a la Fundación Walsh/Di Tolla/Spivak para su consideración.

¿QUÉ ES ELEGIBLE?

- Asistencia de reembolso por desastre natural (que incluye, entre otros, incendios debido a rayos, inundaciones, daños por viento, etc.) con declaración de la Oficina del Presidente de IATSE.

LO QUE NO ES

- Accidente (para incluir, entre otros, incendio, accidente automovilístico, etc.)
- Lesiones personales fuera del trabajo, que afecten la capacidad de los miembros para trabajar.
- Emergencia médica o muerte
- Lesiones “en el trabajo” (deben estar cubiertas por la Compensación del Trabajador)
- Rehabilitación
- Seguro de desempleo vencido
- Cobertura de salud COBRA o déficit de fondos IATSE NBF CAPP
- Préstamos personales para automóviles, viviendas, etc.
- Honorarios legales
- Cuestiones relacionadas con la pandemia

Deberá completar de manera legible todas las secciones aplicables para que se considere su solicitud.

Se deben presentar los recibos para recibir el reembolso. La Fundación Walsh/Di Tolla/Spivak puede reembolsar hasta \$3000.00, pero todos los recibos deben estar documentados. Las fotografías que documentan sus necesidades son útiles.

INSTRUCCIONES

Devuelva este formulario de solicitud adjunto con la documentación de respaldo a su Local. Su Local completará la parte correspondiente de la solicitud y enviará todo a la Fundación Walsh/Di Tolla/Spivak para su revisión.



WALSH / Di TOLLA / SPIVAK FOUNDATION

Catastrophic Relief Application

Asegúrese de completar de manera legible TODAS las secciones o su solicitud no será considerada.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Título del evento catastrófico: _____

Nombre: _____ Fecha de solicitud: _____

Dirección: _____ Últimos 4 números de Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Local: _____

POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE:

Verifique los reembolsos que solicita: proporcione pruebas.

- Hotel de evacuación/gastos
- Reparaciones del hogar
- Seguro deducible con cotizaciones para reparaciones.
- Otro: Por favor detalle _____

¿Cuanto estas solicitando? _____ ¿Esto está cubierto por el seguro? Sí No
(marque uno)

Con el mayor detalle posible, describa las circunstancias específicas que resultaron en los daños
(use el reverso para obtener más información):

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo, _____, por la presente certifico y acepto lo siguiente:
(por favor imprima su nombre)

- La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.
- Entiendo que no proporcionar la información anterior puede resultar en el rechazo de mi solicitud.
- Entiendo que tengo 10 días a partir de la fecha de la solicitud para presentar las verificaciones solicitadas.
- Entiendo que dar información falsa puede resultar en la pérdida del privilegio de todos los beneficios de IATSE.

Bajo pena de perjurio, juro y afirmo que los hechos de esta solicitud, a lo mejor de mi conocimiento, son verdaderos y completos.

(firma del solicitante)

(fecha)

USO DEL LOCAL SOLAMENTE

APROBACIÓN DEL LOCAL

En nombre del local del solicitante (Local _____), estoy autorizado a aprobar esta solicitud y certificado de que se han adjuntado los recibos correspondientes.

Si necesita más información sobre esta aplicación, comuníquese conmigo.

Firma del Oficial del Local

fecha

Nombre impreso del oficial

Teléfono

correo electrónico

Date Received by
Home Local

Devuelva esta solicitud junto con toda la documentación de respaldo a:

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

SÓLO PARA USO DE LA FUNDACIÓN WALSH/DITOLLA/SPIVAK

Fecha de Aprobación: _____ Cantidad: \$ _____ Cheque # _____