

**Misión:**

Proporcionar ayuda financiera a los miembros del Flynn Restaurant Group y sus familias directas durante periodos donde ya sea que el miembro o su familiar directo, que, sin culpa alguna, experimenten situaciones de crisis financiera o tragedias inesperadas y en consecuencia no tengan recursos para afrontarlas.

Requisitos de elegibilidad:

- El solicitante debe ser un empleado vigente del Flynn Restaurant Group.
- La dificultad debe ser repentina, inesperada e inusual, y debe involucrar a un miembro o sus familiares directos; daños a la propiedad o al individuo; o resulte en la perdida de vida, salud o propiedad.
- Para ser elegible, las solicitudes y documentación que justifique tal situación, deben ser presentadas dentro de los primeros seis meses a partir de la fecha de la crisis.
- Antes de pedir ayuda, el solicitante debe haber agotado la búsqueda de otros medios apropiados para ayuda financiera (i.e. ayuda estatal, programas de asistencia para servicios públicos, etc.).
- El solicitante debe proporcionar documentación justificativa de una tercera parte verificando la situación y la necesidad (i.e. informe policial, recibos/facturas, cuentas médicas, documento expedido por un médico en el que se indique que puede regresar al trabajo, documentos que hayan sido negados por parte de otros programas de asistencia financiera, talón de ingresos, etc.).
- De ser otorgada la ayuda, el pago será efectuado directamente al vendedor o acreedor con el que el empleado tiene la obligación financiera.
- El solicitante no debe haber recibido ayuda de FRG Family Fund en los últimos 12 meses.

Los eventos que califican, entre otros, son los siguientes:

- Emergencias médica repentinas y urgentes para el empleado o familiar que no esté cubierto por una aseguradora o programas de caridad provistos por hospitales.
- Fuego, desastres naturales, u otros eventos catastróficos que causen la perdida de casa o enseres de casa no cubiertos por el seguro.
- Ayuda con gastos funerarios en caso de la muerte de un empleado, o ayuda con los gastos funerarios de un familiar directo del empleado en situaciones donde el empleado es el responsable financiero.

El Family Fund no puede apoyar con:

- Amortización de préstamos;
- Gastos de matrícula u otros gastos educativos;
- Deudas sin resolver que no son causadas por un evento inesperado, reciente o repentino;
- Temas relacionados con el horario laboral/productividad en el restaurante;
- Custodia y/o temas legales;
- Reparación de vehículos o pago del vehículo
- Pérdida o robo de dinero en efectivo; ni
- Cualquier solicitud que no sea sometida con la apropiada documentación que la valide

Si cumple con los requisitos de elegibilidad, por favor complete la solicitud, y hágala firmar por su administrador patrocinador (Gerente general o por encima de él), y preséntela con la debida documentación.

****Cada aplicación DEBE incluir la firma del empleado/miembro, administrador patrocinador. Aplicaciones incompletas serán retornadas al solicitante. ****

Envíe la solicitud a:
Grant Committee
6200 Oak Tree Blvd.
Suite 250
Independence, OH 44131
Fax: (216) 328-1868
Email: familyfund@flynnrg.com

SOLICITUD DE AYUDA – FRG Family Fund Inc.

Por favor escribe claramente

Nombre: _____

Ubicación: _____ Fecha de contratación: _____

Últimos 4 números de su Seguro Social: _____ Mes y día de nacimiento: _____

Dirección de domicilio: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Correo electrónico: _____

Monto solicitado (información obligatoria): \$ _____

¿Ha solicitado previamente ayuda al FRG Family Fund? sí no

De ser así, indique ¿cuándo? _____ ¿Le otorgaron la ayuda? sí no

¿Podríamos compartir su historia en los materiales informativos del FRG Family Fund (para proteger su privacidad los nombres y direcciones podrían ser cambiados)

sí no

Solicito ayuda porque: (Por favor sea específico y proporcione información detallada. Usted puede incluir una hoja adicional y debe incluir documentación que sustente su solicitud para que su pedido pueda ser considerado)

Habiendo firmado y presentado esta solicitud, certifico que la información descrita en los párrafos anteriores es correcta o verdadera y exacta en mi mejor entendimiento, y solicito que el Fund revise mi solicitud. Entiendo que presentar esta solicitud no garantiza que los fondos me sean otorgados. Por la presente autorizo al Grant Committee (Comité de Ayuda) obtener los documentos necesarios para sustentar esta solicitud. Me abstendré de realizar perjuicio alguno al Fund o a sus miembros contra toda responsabilidad personal a los que puedan verse involucrados tanto el Fund como sus miembros del comité ya sea por cualquier acto realizado u omitido en su capacidad oficial en buena fe en la administración de dicho fondo.

Firma del empleado/miembro (campo obligatorio)

____/____/____
Fecha

Firma del administrador patrocinador (AG o rango más alto – campo obligatorio)

____/____/____
Fecha