



Florida Horsemen's Benevolent & Protective Association

Formulario de Solicitud de Asistencia

Todas las solicitudes de asistencia financiera de Florida Horsemen's Benevolent and Protective Association serán presentadas y evaluadas por el Comité de Benevolencia. El proceso toma aproximadamente 3 semanas después de recibir un formulario de solicitud completo. Este formulario debe completarse en su totalidad para ser considerado para recibir asistencia financiera. **Una solicitud incompleta no será procesada.**

Para ser considerado(a) para la asistencia financiera, los solicitantes deben estar en una lista de insignias de entrenadores empleados en Gulfstream Park o Palm Meadows durante al menos 120 días y tener una licencia de Florida vigente.

Los siguientes documentos de respaldo deben ser presentados con esta solicitud:

- Copia de la licencia actual de Florida
- Carta formal que detalla la necesidad específica de asistencia financiera
- Copia de los últimos cuatro (4) talones de nómina/compensación al trabajador/discapacidad
- Copia de la declaración W-2 del año anterior
- Copia de la factura(as) con la que necesita asistencia
- Si está solicitando asistencia hipotecaria o de alquiler, debe incluir una copia de su hipoteca/arrendamiento acuerdo últimos cuatro (4) pagos alquiler e hipoteca. Si no tiene un Contrato de arrendamiento, debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono de su arrendador actual.

Una vez completado, envíe el formulario para su procesamiento a:

FHBPA
P.O. Box 3507
Hallandale Beach, FL 33008-3507

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina FHBPA al (954) 457-3516

Florida Horsemen's Benevolent & Protective Association

Aplicación de Asistencia

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono móvil: _____ Número Social: _____

Estado Civil (Marque uno): Soltero/Casado(a)/Divorciado(a)

Fecha de nacimiento de esposo(a): _____

Nombre de dependientes

Relación

1. _____

2. _____

3. _____

Número de licencia: _____ Posición: _____

Empleador: _____ Número de teléfono de empleador: _____

Salario semanal/quincenal: _____ Duración de empleo con actual: _____

Enliste los últimos 2 empleadores y las fechas que trabajó para ellos(as):

Años trabajando en Gulfstream Park/Palm Meadows: _____

¿Está actualmente empleado por alguien más? _____

Nombre del segundo empleador: _____

¿Salario semanal con el segundo empleador? _____

Otros ingresos (explique): _____

Empleador de esposo(a): _____

Salario semanal de esposo(a): _____

(Incluya una copia de la declaración W-2)

¿Su esposo(a) tiene cobertura médica? _____ Nombre de seguro: _____

¿Usted está cubierto(a) por el seguro de su esposo(a)? _____

Número de identificación del seguro médico: _____

Número de teléfono de la compañía de seguro médico: _____

¿Qué tipo de asistencia está solicitando? _____

Si se trata de una factura médica, ¿se ha presentado el reclamo al seguro? _____

¿Cuándo? _____

Detalle las facturas médicas pendientes, el proveedor de la lista y la cantidad adecuada:
(Adjunte copias de las facturas y la explicación de la declaración de beneficios del seguro)

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

¿Está cobrando algún pago por discapacidad? (Marque respuesta) SI / NO

En caso sí, cantidad: _____

Fecha en que comenzó a cobrar el pago por discapacidad: _____

Fecha en la que puede volver a trabajar: _____

¿Estaba relacionado el accidente con el trabajo? (Marque respuesta) SI / NO

Fecha del accidente: _____

¿Se ha presentado el seguro de compensación para trabajadores? (Marque respuesta)
SI/NO

Fecha de archivado: _____ **(por favor proporcionar prueba de reclamo)**

¿Está cobrando pagos de compensación? (Marque respuesta) SI / NO

¿Cantidad? _____

¿Está recibiendo asistencia de alguna otra fuente? (Marque respuesta) Sí / No En caso sí, indique la fuente y las cantidades:

_____	\$ _____
_____	\$ _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? (Marque respuesta) SI / NO

En caso de que sí, adjunte una carta o nota de su médico que especifique cuándo podrá volver a trabajar. (Tenga en cuenta que es posible que se requiera documentación adicional)

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

¿Es dueño o alquila su casa? _____ Pago mensual: _____

Firma

Fecha