



## Florida Thoroughbred Horsemen's Association, Inc.

### Formulario de Solicitud de Asistencia

Todas las solicitudes de asistencia financiera de Florida Thoroughbred Horsemen's 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 esta 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:

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

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

**Florida Thoroughbred Horsemen's Association, Inc.**

**Aplicación de Asistencia**

P. O. Box 3507

Hallandale, FL 33008

**Teléfono:** (954) 457-3516 **Fax:** (954) 457-3517

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento de esposo(a): \_\_\_\_\_

Nombre de dependientes

Relación

- |          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |

Numero 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 trabajo 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 estas 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 medicas 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)** SI / NO

En caso sí, indique la fuente y las cantidades:

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

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

En caso si, adjunte una carta o nota de su medico que especifique cuando 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: \_\_\_\_\_