



## SOLICITUD DE FONDO DE EMERGENCIA DE ASSOCIATES FOR ASSOCIATES

El fondo de emergencia de Associates For Associates de Bath & Body es administrada por The Columbus Foundation para ayudar a garantizar que los fondos se distribuyan de manera eficiente, equitativa y con discreción. El personal de The Columbus Foundation se encargará de la administración diaria y de las decisiones sobre la concesión de subvenciones en relación con este fondo. Bath & Body Works no estará involucrado con esas decisiones. Todas las solicitudes se mantienen en estricta confidencialidad y se consideran sobre la base de la necesidad y la elegibilidad.

Lea las pautas del programa antes de solicitar todos los detalles/requisitos del programa. **Se REQUIERE** documentación de su evento de dificultad y gastos. Esté preparado para compartir documentos, tales como, entre otros, declaraciones de pago, extractos de hipoteca, facturas de servicios públicos, extractos de préstamos de automóviles, excusas médicas o documentación de permiso de ausencia. *Los asociados temporales/estacionales **NO** son elegibles para el programa.*

### COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO A:

- CORREO ELECTRÓNICO: [bbwa4a@columbusfoundation.org](mailto:bbwa4a@columbusfoundation.org)
- CORREO: Bath & Body Works Associates For Associates Emergency Fund  
C/O The Columbus Foundation  
1234 E. Broad St, Columbus, OH 43205
- FAX: 614-251-4010 (ATTN: Bath & Body Works Associates For Associates Emergency Fund)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
APELLIDO DEL ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO (INCLUYA EL NÚMERO DE APARTAMENTO SI TIENE UNO)

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA/CELULAR

\_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO

\_\_\_\_\_  
TIPO DE UBICACIÓN(OFICINA, CENTRO DE DISTRIBUCIÓN, TIENDA)

\_\_\_\_\_  
TÍTULO PROFESIONAL

§ \_\_\_\_\_  
CANTIDAD DE CONCESION SOLICITADA – **MÁXIMO de \$2,500; Mínimo de \$250**

**EVENTOS DE DIFICULTAD ELEGIBLES POR ASSOCIATES FOR ASSOCIATES**

*Encierre en un círculo el evento del siguiente cuadro que experimentó; SI SU SITUACIÓN NO ESTÁ EN LA LISTA,*

**ENTONCES NO ES ELEGIBLE PARA ESTE PROGRAMA**

**(\*CONSULTE LAS PAUTAS PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES)**

Actos de la Naturaleza/ Desastres naturales a gran escala	Incendio de la casa	Desastre declarado por el gobierno	Fallecimiento en la familia inmediata de asociado o cónyuge*
Víctima de abuso doméstico/ físico	Viajes de Emergencia por Tratamientos Médicos, Familiares Enfermos o Funerales Familiares*	Sufriendo falta de vivienda <i>Debe ser el resultado de que el propietario venda una propiedad, la negligencia del propietario, o se le pida que abandone una residencia que figura en el contrato de arrendamiento/hipoteca. -No puede estar violando su contrato de arrendamiento para ser elegible.</i>	Enfermedad/ Lesión
Reparaciones de vehículos que no son rutinarias <i>Debe proporcionar una copia de: -licencia de conducir -póliza de seguro de automóvil -registro de Vehículo -estimación profesional</i>	Dinero perdido o robado <i>Se requiere informe policial</i>	Desastre residencial <i>Se requiere propiedad</i>	Pérdida de empleo/ ingreso del cónyuge/ pareja

**Por favor, responda las siguientes preguntas con respecto a su dificultad. Se REQUIERE documentación de su evento de dificultad y gastos.**

**1**

Proporcione una descripción de su evento de emergencia que motivó su solicitud de ayuda. Use páginas adicionales si es necesario. Adjunte la documentación de respaldo de su evento de emergencia. Los ejemplos incluyen excusas médicas, informes policiales o de bomberos, noticias, estimaciones profesionales, cartas de propietarios o trabajadores sociales.

---

---

---

**2**

Por favor, describa las necesidades que han resultado del evento. Use páginas adicionales si es necesario. Adjunte documentación de respaldo, como talones de pago, declaraciones de hipoteca/alquiler, servicios públicos, estimaciones de reparación, recibos, reclamos de seguros, etc.

---

---

---

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y que la subvención para la cual estoy solicitando se utilizara para necesidades que no sean cubiertas por ninguna otra fuente de asistencia. Además, reconozco que mi recibo de la subvención solicitada depende de si soy elegible para tal subvención y de la disponibilidad de fondos.

---

FIRMA DE ASOCIADO

---

FECHA

*Toda la información compartida en esta solicitud será estrictamente confidencial. The Columbus Foundation se pondrá en contacto con un representante de Recursos Humanos de Bath & Body Works con el único propósito de verificar el empleo y los servicios de traducción si es necesario. Bath & Body Works recibirá informes confidenciales que comparten el saldo del fondo y la cantidad de asociados atendidos. Estos informes no tienen información de identificación personal.*