



DEMANDE CONCERNANT LE FONDS D'URGENCE LES ASSOCIÉS COMPTENT SUR LES ASSOCIÉS

La Fondation Columbus administre le Fonds d'urgence Les associés comptent sur les associés de Bath & Body Works afin de veiller à ce que les fonds soient distribués efficacement, équitablement et en toute discrétion. Le personnel de la Fondation Columbus s'occupera des décisions quotidiennes en matière d'administration et d'allocations en ce qui concerne ce fonds. Bath & Body Works ne participera pas à ces décisions. Toutes les demandes demeurent strictement confidentielles et sont examinées en fonction des besoins et de l'admissibilité.

Veillez lire les lignes directrices du programme avant de faire une demande pour connaître tous les renseignements et toutes les exigences du programme. Vous DEVEZ présenter des documents sur votre événement difficile et vos dépenses. Soyez prêt à transmettre des documents, tels que, mais sans s'y limiter, des talons de paie, des états du compte de prêt hypothécaire, des factures de services publics, des états du compte de prêt automobile, des exemptions médicales ou des documents relatifs à une autorisation d'absence. *Les associés temporaires/saisonniers ne sont PAS admissibles au programme.*

REMPLISSEZ CE FORMULAIRE ET ENVOYEZ-LE À :

- COURRIEL : bbwa4a@columbusfoundation.org
- COURRIER :
Bath & Body Works Associates For Associates Emergency Fund
a/s The Columbus Foundation
1234 E. Broad St, Columbus, OH 43205 États-Unis
- TÉLÉCOPIEUR : 614 251-4010 (À l'attention du : Bath & Body Works Associates For Associates Emergency Fund)

PRÉNOM ET NOM DE L'ASSOCIÉ

IDENTIFIANT DE L'ASSOCIÉ

ADRESSE DE RÉSIDENCE

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE DE RÉSIDENCE/CELLULAIRE

ADRESSE COURRIEL

TYPE D'EMPLACEMENT (SIÈGE SOCIAL, CD, BOUTIQUE)

TITRE DU POST

§ MONTANT DE L'ALLOCATION DEMANDÉE – **LE MONTANT MAXIMAL EST DE 2 500 \$ (3,374); le montant minimal est de 250 \$**

ÉVÉNEMENTS DIFFICILES ADMISSIBLES AU FONDS D'URGENCE LES ASSOCIÉS COMPTENT SUR LES ASSOCIÉS

VEUILLEZ ENCERCLER UNE RÉPONSE; SI VOTRE SITUATION N'EST PAS INDIQUÉE ICI, ELLE N'EST PAS ADMISSIBLE AU PROGRAMME

(* VOIR LES LIGNES DIRECTRICES POUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE ADMISSIBLES)

Force majeure/catastrophes naturelles à grande échelle	Incendie résidentiel	État de catastrophe décrété par le gouvernement	Décès d'un membre de la famille immédiate de l'associé ou du conjoint*
Victime de violence familiale/mauvais traitements	Voyage d'urgence pour des traitements médicaux, une maladie Funérailles de membres de la famille ou de parents proches*	Situation d'itinérance <i>Doit être le résultat de la vente de la propriété par le propriétaire, de la négligence du propriétaire ou du fait qu'on vous demande de quitter une résidence pour laquelle votre nom apparaît sur le bail ou l'hypothèque. Vous ne pouvez pas violer votre contrat de location pour être admissible.</i>	Maladie/blessure
<i>Réparation imprévue du véhicule À fournir :</i> – permis de conduire – assurance automobile – immatriculation du véhicule – estimation par un professionnel	Argent perdu ou volé <i>Rapport de police requis</i>	Catastrophe résidentielle <i>Documents de propriété requis</i>	Perte d'emploi/de revenu du conjoint/partenaire

Veillez répondre aux questions suivantes concernant votre situation. Vous devez présenter des documents sur l'événement et les dépenses requises.

1

Veillez fournir une description de l'événement difficile vécu qui a mené à votre demande d'aide. Utilisez des pages supplémentaires au besoin. Vous devrez fournir des documents sur l'événement. Les exemples comprennent les exemptions du médecin, les rapports de police ou du service d'incendie, les reportages, les estimations par un professionnel, les lettres des propriétaires ou des travailleurs sociaux.

2

Veillez décrire les besoins découlant de l'événement. Utilisez des pages supplémentaires au besoin.
Joindre les documents justificatifs, comme les talons de paie, les relevés hypothécaires/de location, les services publics, les factures médicales, etc.

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts à ma connaissance et que le montant demandé sera utilisé pour répondre à des besoins qui ne sont satisfaits par aucune autre source d'aide. Je reconnais que l'octroi de l'aide demandée dépend de mon admissibilité au programme et de la disponibilité des fonds. J'autorise la Fondation Columbus à vérifier mon emploi au sein de Bath & Body Works et cette dernière à divulguer à la fondation mon statut, mon type d'emploi et ma date d'embauche.

SIGNATURE DE L'ASSOCIÉ

DATE

Vous soumettez les informations à la Fondation Columbus. Toutes les informations partagées dans cette application resteront strictement confidentielles. La Fondation Columbus contactera un représentant des ressources humaines de Bath & Body Works dans le seul but de vérifier l'emploi. Bath & Body Works recevra des rapports confidentiels partageant le solde du fonds et le nombre d'associés servis. Ces rapports ne contiennent aucune information d'identification personnelle.