



Formulario de Solicitud de la Local 26 para Fondos para Miembros por Situaciones de Dificultad y Muerte

Este formulario debe completarse en su totalidad o el procesamiento se retrasará o se negará

Fecha ____ / ____ / ____ Nombre Completo _____

Dirección _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Tel de Casa _____ No. Celular _____

Compañía _____ Sitio de Trabajo/ Edificio _____

Delegado(a) Sindical _____ Organizador / Representate _____

La asamblea de Liderazgo, los Funcionarios y la Junta Ejecutiva de SEIU Local 26 han creado Fondos para ayudar a los miembros en circunstancias específicas:

- Todos los beneficios requieren que se complete un formulario W-9 y se incluya con la solicitud.
- Todas las solicitudes de fondos por dificultades y beneficios por fallecimiento deben presentarse dentro de los 6 meses posteriores al evento.
- Hay un máximo de \$ 300 por miembro que se puede pagar durante un período de 3 años, en todos los fondos, con la excepción del beneficio por fallecimiento.
- Todas las solicitudes por escrito se decidirán en la próxima reunión mensual del comité de beneficios por dificultades y muerte de los miembros, compuesto por miembros de SEIU 26. Todos los beneficios no están garantizados, pero se basan en el juicio del comité al aplicar sus criterios de elegibilidad y están supeditados además a los recursos restantes suficientes en el fondo de beneficios por dificultades y muerte de los miembros.
- Por favor, envíe todas las solicitudes por escrito a SEIU Local 26 por
 - **Por correo:** SERVICE EMPLOYEES LOCAL 26, Member Hardship and Death Benefit Committee c/o Projects and Operations Director. 1620 Central Avenue NE, Suite 177, Minneapolis, MN 55413.
 - **En Persona:** 826 18th Avenue NE, Suite 177, Minneapolis, MN 55418.
 - **Correo electrónico a:** **Directora de Proyectos y Operaciones, Belinda Monica Mendez at:** Bmendez@seiu26.org
 - **Para obtener más información, llame al Centro de recursos para miembros 1-855-265-6225.**

Por favor indique específicamente para que beneficio usted esta aplicando:

_____ Fondo por Dificultad _____ Tru-Connect Prestamo _____ Beneficio de Muerte
Reembolso del Interes pagado

Recordatorio: Se requiere el formulario W-9 para todas las aplicaciones. Vea los documentos adicionales requeridos para cada aplicación al reverso de la página.

Fondo por Dificultad

\$300.00 dolares para el miembro en buen estado sindical quien tiene una inesperada crisis debido a su enfermedad o incapacidad para trabajar por asuntos de su propia salud.

Se necesitan los dos siguientes documentos adicionales:

- Adjunte cualquier documentación médica válida.
- Indicación por escrito de la naturaleza de las dificultades.

Tru-Connect reembolso de intereses del préstamo

Para los miembros al día cubiertos por contratos sindicales en los que el empleador ha acordado un programa de préstamos de deducción de cheques de pago, y el miembro ha pagado el préstamo completo y ha tomado la clase sindical requerida, el miembro puede recibir hasta \$ 300 pagados por los intereses de ese préstamo.

Se necesitan los dos siguientes documentos adicionales:

- Adjunte una prueba de que el préstamo Tru-Connect ha sido reembolsado por completo y el monto total de los intereses pagados.
- Adjunte la confirmación de que el miembro ha asistido a la clase sindical requerida.

Beneficio de Muerte

\$5,000.00 dólares por la muerte de un miembro en regla

Se necesita uno de los siguientes documentos adicionales:

- Certificado de defunción
- Obituario
- Nota de Dr.
- Ritual religioso o documentos de misa fúnebre

La Declaración Notariada de Solicitud de Beneficios por Fallecimiento adjunta debe completarse, firmarse frente a un notario y enviarse junto con su solicitud de beneficios por fallecimiento.

Certificación

Con mi firma a continuación, certifico que la información y documentación que he presentado es verdadera y precisa a mi mejor saber y entender, y por la presente solicito el pago de los beneficios solicitados en este formulario.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Declaración notariada de solicitud de beneficios por fallecimiento
(Solo para beneficios por fallecimiento)

I, _____, Residir en _____
(Imprimir nombre) (Dirección de la calle)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Ser _____ de _____
Relación Nombre completo del fallecido(a)

al ser debidamente juramentado bajo juramento, por la presente solicite los fondos pagaderos debido a la muerte de dicho fallecido, y certifico que tengo derecho a recibir dichos fondos bajo las reglas del Fondo de Beneficios por Dificultad y Muerte de Miembros Local 26 de SEIU.

Firma del solicitante del beneficio por fallecimiento

Suscrito y jurado ante mí
éste ____ día de _____, 202 ____.

Notario Público
Mi comisión expira _____