



El fondo de asistencia de Golden Corral *GC Cares Assistance Fund* tiene el propósito de ayudar a aquellos empleados que tienen situaciones de emergencia que estén produciendo dificultades económicas temporales y de ayudarles a restablecer su estabilidad financiera en un período de tiempo relativamente corto. Para poder recibir asistencia, un individuo debe ser clasificado como empleado de *Golden Corral Corporation* o un empleado de una franquicia de Golden Corral.

**Solicitud de asistencia GC Cares – Escriba en letra de molde sus respuestas.**

Nombre:

*Primer Nombre*

*Apellido*

Domicilio:

*Calle*

*Apartamento o Unidad*

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

Teléfono en casa:

Celular:

Correo electrónico:

Puesto:

Número de  
restaurante/Ubicación:

Ciudad/Estado:

Compañía

Franquicia

Nombre del  
franquiciador:

Nombre del  
Gerente o  
Franquiciador:

Firma del  
Gerente o  
Franquiciador:

**Si se aprueba la solicitud de fondos, se le enviará un cheque directamente a usted. Por favor indique a dónde podemos enviarle el cheque:**

Domicilio (indicado anteriormente)

Ubicación de trabajo (indicado anteriormente)

**Descripción de la necesidad:** Marque la(s) dificultad(es) por las que ha pasado y por las cuales está solicitando asistencia económica. Lea la sección "Criterios aceptables para recibir asistencia" para saber qué documentos debe enviar con la solicitud.

Catástrofe en lugar de  
residencia/Desastre natural

Cuidado de un familiar

Gastos de funeral

Asistencia para vivienda transitoria

Enfermedad del empleado

Viaje de emergencia

Necesidades básicas

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido

**Describa abajo las circunstancias que han ocasionado su necesidad de recibir asistencia. Por favor sea específico y proporcione todos los detalles posibles incluyendo los recursos o apoyo que necesita. Si no hay suficiente espacio abajo, por favor adjunte más hojas según sea necesario.**

**Criterios aceptables para recibir asistencia:**

- 1) **Catástrofe en lugar de residencia/Desastre natural** –Se brinda asistencia a un empleado que enfrente gastos urgentes o fuera de lo normal debido a una catástrofe o desastre natural (por ejemplo, inundación, incendio, tornado o huracán) o bien, por accidente en su residencia principal.  
**Documento(s) requerido(s):** Fotografías u otro tipo de documentación que muestre el alcance del daño y/o pérdida.
- 2) **Asistencia para vivienda transitoria** – Se brinda asistencia a un empleado(a) cuando la violencia intra-familiar obliga a la persona cambiar su residencia personal de inmediato para evitar que continúe la violencia.  
**Documento(s) requerido(s):** Fotografías u otro tipo de documentación que muestre la lesión/acto de violencia.
- 3) **Cuidado de un familiar** – Se brinda asistencia a un empleado cuando uno de sus familiares inmediatos (por ejemplo: padres, cónyuge, hermano(a), hijo(a) o cónyuge de hijo/a) sufre una enfermedad larga (que dure más de dos semanas) y el empleado se ausenta del trabajo por lo menos dos semanas o bien, el horario del empleado se vea reducido a menos del 50% del tiempo para que pueda atender a su familiar.  
**Documento(s) requerido(s):** Una carta de parte del médico de cabecera que indique el principio de la enfermedad inesperada y el tiempo que se espera que el empleado necesitará brindar cuidados.
- 4) **Enfermedad del empleado** – Se brinda asistencia a un empleado cuando se encuentra severamente enfermo o herido, por lo cual tenga que ausentarse del trabajo por un tiempo largo.  
**Documento(s) requerido(s):** Una carta de parte del médico de cabecera que indique el principio de la enfermedad inesperada y el tiempo de ausencia del trabajo que el empleado va a necesitar.
- 5) **Gastos de funeral** – Se brinda asistencia a un empleado (1) **que tenga la responsabilidad económica de solventar el funeral** de un familiar inmediato (por ejemplo: padres, cónyuge, hermano(a), hijo(a) o cónyuge de hijo/a) o (2) un familiar inmediato del empleado **que tenga la responsabilidad económica de solventar el funeral** del empleado.  
**Documento(s) requerido(s):** Una copia de la factura de la funeraria que muestre el monto a deber y que el empleado o el familiar es la persona responsable del pago.

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

6) **Viaje de emergencia** – Se brinda asistencia a un empleado, cónyuge o familiar inmediato (por ejemplo: padres, cónyuge, hermano(a), hijo(a) o cónyuge de hijo/a) dentro de la vivienda y que tenga la necesidad de viajar (1) para asistir a un funeral o para visitar por última vez a un familiar inmediato con enfermedad terminal o bien (2) para acompañar a un familiar inmediato severamente enfermo a un sitio médico remoto o a un sitio de cuidados paliativos.

**Documento(s) requerido(s):** (1) Una carta de parte del médico de cabecera en relación al estado de la enfermedad terminal de la persona o bien, documentación que muestre la necesidad de un sitio médico remoto o de un funeral. (2) Recibos de gastos por viaje.

7) **Necesidades básicas** – Para evitar la condición de desamparo y/o para contar con necesidades esenciales como alimento, servicios públicos y cuidado de niños pequeños cuando un empleado no pueda trabajar o satisfacer necesidades básicas debido a una emergencia imprevista.

**Documento(s) requerido(s):** Una copia de la factura que indique el nombre del proveedor de servicios y el monto a deber, así como documentación que explique la emergencia imprevista.

### Confidencialidad

La información personal del solicitante será manejada por *GC Cares, Inc.* con la sensibilidad apropiada al grado que sea razonablemente práctico. Sin embargo (1) la información sobre la solicitud y el solicitante tendrá que ser divulgada y comentada con aquellos involucrados en el proceso de revisión de subvención; (2) es posible que *GC Cares, Inc.* públicamente describa y promueva la información sobre las subvenciones en general, sin específicamente identificar a un solicitante en particular; (3) es posible que el público en general y los medios puedan obtener información concerniente a la participación en particular de un solicitante en el proceso de subvención mediante otras fuentes, y (4) es posible que a *GC Cares, Inc.* se le obligue divulgar información sobre usted, su solicitud y la subvención según lo exija la ley correspondiente. Tenga en mente que su empleador también pudiera estar consciente de, y proporcionar a *GC Cares, Inc.* su información personal en relación con su participación en el proceso de solicitud.

### Certificación y Autorización

Al firmar abajo y presentar esta solicitud, certifico que la información anterior es fidedigna y correcta y que no tengo otros recursos financieros o bienes que se pudieran usar razonablemente para satisfacer esta necesidad o responsabilidad. Entiendo que presentar esta solicitud no garantiza que *GC Cares, Inc.* otorgue la subvención. Además, al firmar abajo, autorizo a *GC Cares, Inc.* a comunicarse conmigo en relación a preguntas o a la solicitud de más información para esta solicitud.

**Firma del empleado/a**  
**(requerida):** \_\_\_\_\_

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

**Firma autorizada:** *(si el*  
*empleado no puede firmar)* \_\_\_\_\_

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

**La solicitud firmada y la documentación de respaldo debe enviarse por correo electrónico, correo postal o por fax a:**

GC Cares Assistance Fund

PO Box 29502

Raleigh, NC 27626

Fax: (919) 881-4577

[GCCares@GoldenCorral.net](mailto:GCCares@GoldenCorral.net)