



Formulario de Solicitud para Otorgación

La Fundación Meaghan fue establecida para ayudar a nuestros asociados con compensación en el caso de un evento catastrófico en sus vidas. Para aplicar, llene esta solicitud y mándelo por email a meaghan.fund@whgroup.com o por fax a 414-266-7866.

- Requisitos para Elegibilidad:**
- Soy un asociado de Wisconsin Hospitality Group.
 - He agotado todas las otras formas de asistencia que están disponibles y una explicación viene incluida.
 - Las privaciones:
 - Me involucran a mí mismo o a mi familia inmediata
 - Fueron inesperados, inusuales y extraordinarios
 - Perjudican propiedad o individuos, resultaron en la pérdida de vida, salud, o propiedad
 - Puedo proveer documentación relevante que es preparado por una persona tercera y que está incluido en mi aplicación de otorgamiento.
 - No he recibido una otorgación por parte de la Fundación Meaghan en los pasados 12 meses.

Ejemplos de solicitudes aprobados: Emergencia médica para mí mismo o de un miembro en mi hogar • Fuego en mi hogar • Desastre natural
Ejemplos de solicitudes no aprobados: Reembolso de préstamos o deuda • Gastos para miembros de familia que no viven en el mismo hogar

Verifique aquí solamente si usted está llenando esta forma para otro empleado de Wisconsin Hospitality Group. Por favor proporcione su nombre completo: _____

Por favor llene el resto de la forma y proporcione la información acerca del empleado por el cual usted está llenando la solicitud. Firme su nombre y ponga la fecha en la parte inferior de la página.

Por favor escriba claramente:

Nombre _____ Numero de tienda o departamento _____

Número de Seguro Social _____ Dirección de correo electrónico _____

Número de teléfono _____ Mejor tiempo para recibir llamadas _____

Dirección de su casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Cantidad que ocupa _____

Ha aplicado anteriormente para la Fundación Meaghan? _____ Si responde con "sí", cuando? _____

Estoy pidiendo fondos porque *(Por favor sea específico y escriba con detalle.)* _____

Para que usara los fondos? _____

Con firmar y presentar esta solicitud, certifico que la información escrita arriba es correcta y pido que WHG revise esta solicitud. Renuncio a cualquier derecho que tengo o que exista bajo las leyes de reglamentos federales, estatales, o locales. Entiendo que el llenar y entregar esta solicitud no garantiza que los fondos me serán otorgados.

Firma del Asociado o Firma del Asociado Patrocinador _____ Fecha _____

Office Use Only:

Date Received _____

Check Number _____ Committee Member Signature _____

