

Aplicación para asistencia económica del Fondo de la Fundación del CPHA



Información sobre la emergencia

El fondo para asistencia económica de emergencia ha sido establecido para ayudar a profesionales de la industria ecuestre que se enfrenten con emergencias económicas. El propósito de estos fondos es para proporcionar asistencia no usualmente disponible en casos de emergencia usualmente relacionada a necesidades elementales como alimento, alojamiento y tratamiento médico. Todas las aplicaciones y dineros pagados de este fondo se mantienen confidenciales. Asistencia o préstamos se limitan a \$1,000 USD por lo normal.

Cantidad/Monto solicitado: \$ _____

Motivo para la asistencia: Alimento y alojamiento (casa o equina) Utilidades Transporte al trabajo
 Emergencia Medica Desastre Nacional Muerte de miembro familiar Otra

Forma de asistencia solicitada Bono Préstamo

Afiliación a la industria ecuestre del aplicante: _____

Ha hecho alguna solicitud previa a este fondo de asistencia económica? Si lo ha hecho, por favor proporcione los datos: _____

“Una de las metas de la Fundación del CPHA es el proporcionar apoyo adecuado y a tiempo a los profesionales ecuestres y a sus familias que se enfrentan con desastres o tiempos de dificultad”

Información Personal

Número de membresía del CPHA # _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

()

Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social Teléfono de casa

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal Correo Electrónico

Número de dependientes:

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Domicilio Actual

Historial de empleo:

Ocupación: _____

Está actualmente empleado? Si No Si está actualmente empleado, por favor indique: Tiempo Completo Tiempo medio

Horas promedio de trabajo por semana: _____

Nombre y domicilio de empleador actual: _____

Historial de empleo de su pareja:

Ocupación: _____

Está actualmente empleado? Si No Si está actualmente empleado, por favor indique: Tiempo Completo Tiempo medio

Horas promedio de trabajo por semana: _____

Nombre y domicilio de empleador actual: _____

Ingresos Mensuales

Sueldo neto del aplicante _____

Sueldo neto de su pareja _____

Ingresos de jubilación o deshabilidad _____

Otros ingresos (ej. Sostén Económico de hijos, desempleo, etc.) _____

Cuentas de cheque y ahorro_____
Nombre de institución financiera Balance_____
Nombre de institución financiera Balance**Cobertura de aseguranza**

Gastos Mensuales

Renta/Hipoteca _____

Utilidades _____

Teléfono (básico) _____

Alimentos _____

Ropa/lavandería _____

Cuidado de hijos _____

Aseguranza de carro _____

Transporte _____

Tarjetas de credito _____

Total de Gastos: _____

COMO SE ENTERO DEL FONDO DE ASISTENCIA DE LA FUNDACION DEL CPHA

Como se enteró de la existencia del fondo de asistencia de la Fundación del CPHA?

DECLARACION

Yo declaro que todas las declaraciones hechas por mi son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Acuerdo a proporcionar a la Fundación del CPHA cualquier documentación financiera o medica necesaria para sustentar el procesamiento de mi solicitud para préstamo o bono.

AL FIRMAR ABAJO, YO LE AUTORIZO A LA FUNDACION DEL CPHA O A SU ASIGNADO EL DERECHO DE OBTENER LA HISTORIA Y UN REPORTE DE MI CREDITO, SI APLICABLE.

Firma del aplicante: _____ Fecha _____

Número de seguro social _____

El aplicante personalmente completó esta aplicación? Si No

Si la respuesta es No, por favor escriba abajo el nombre, domicilio y telefono, incluyendo relación/parentesco al aplicante.

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Signatures	Date	Approve	Disapprove	Comments
_____	_____	_____	_____	_____
Board member				
_____	_____	_____	_____	_____
Board member				

**Envíe a:
CPHA FOUNDATION
10153 1/2 Riverside Dr., Suite 391
Toluca Lake, CA 91602
PHONE: (818) 955-9500 FAX: (818) 558-5772**