



SOLICITUD DE ASISTENCIA

RESUMEN

Michaels CARES es una organización sin fines de lucro que brinda asistencia económica a los Miembros del Equipo de Michaels por gastos imprevistos que puedan surgir debido a una emergencia o dificultad. La Junta de Michaels CARES determina la aprobación o denegación de las solicitudes presentadas. La información proporcionada a Michaels Cares se mantiene confidencial y solo se utiliza con el fin de aprobar subsidios para los Miembros del Equipo. La Junta de Michaels CARES toma todas las decisiones finales sobre la concesión de subsidios.

ELEGIBILIDAD

- Los Miembros del Equipo de The Michaels Companies, incluidas sus subsidiarias y afiliadas, son elegibles para aplicar después de **30 días de empleo**, incluidos los trabajadores a tiempo parcial, temporales, o estacionales. Los empleados de terceros que trabajan en nombre de The Michaels Companies no son elegibles para recibir asistencia en este momento.
- Un Miembro del Equipo solo puede recibir un subsidio para una situación una vez y **los subsidios no son retroactivos una vez pagados**.
- Los subsidios para ejecución hipotecaria/desalojo se otorgan una por dirección una vez por año.
- Los subsidios para personas sin hogar solo se otorgan una vez por Miembro del Equipo.
- Los dependientes se definen como alguien que se reclama en la declaración de impuestos sobre la renta o en documentos legales que indiquen su dependencia.
- Todas las solicitudes de subsidio deben ser para una situación que ocurrió mientras se empleaba con Michaels
- El subsidio de Michaels CARES tiene un máximo de \$7,500 por Miembro del Equipo.

CUANDO MICHAELS CARES PUEDE AYUDAR

Michaels CARES puede ayudar si un Miembro del Equipo o un familiar cercano haya experimentado:

- Destrucción o daños graves de la residencia primaria.
- Enfermedad crítica o lesión del Miembro del Equipo o de familiares elegibles.
- Muerte del Miembro del Equipo o de familiares elegibles.
- Ejecución hipotecaria o desalojo.
- Evacuación forzada debido a mandato gubernamental/federal.
- Ser desalojado.
- Problemas de transporte debido a robo de automóvil o accidente.

MICHAELS CARES NO AYUDA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES

- × Daño/destrucción/ejecución hipotecaria/desalojo de residencia no primaria.
- × Reparaciones de vehículos, pagos, seguros, etc.
- × Cobros de deudas, tarjetas de crédito o pagos de préstamos personales.
- × Situaciones en las cuales el seguro de vida es superior a \$20,000.
- × Divorcio, manutención de menores, disputa sin informe policial.
- × Pérdida de alimentos debido a la pérdida de energía.
- × Pérdida de salarios por cualquier evento.

¿PREGUNTAS?

Hable con su patrocinador – o - comuníquese con Michaels CARES:

Correo electrónico: MichaelsCares@michaels.com.



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Nombre del Miembro del Equipo: _____ Cargo: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado o provincia: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Lugar de trabajo (División): _____ Tienda / Número de tarjeta de crédito: _____ N.º de identificación del Miembro del Equipo: _____

Fecha de contratación: _____ Nombre del patrocinador: _____

- Motivo del subsidio:**
- Destrucción o daños graves de la vivienda
- Evacuación forzada
- Enfermedad crítica o lesión
- Muerte
- Ejecución hipotecaria o desalojo
- Sin hogar
- Transporte

Michaels CARES no considera elegibles situaciones fuera de lo anterior.

Preguntas opcionales (la información recopilada se utiliza únicamente para identificar recursos adicionales y no se comparte fuera de Michaels CARES)

¿Es veterano?

- Sí
 No

En caso afirmativo, ¿tiene una calificación de discapacidad y cuál es? _____

- No revelo

¿Es LGBTQ+?

- Sí
 No
 No revelo

¿Es usted o alguien en su hogar discapacitado?

- Sí
 No
 No revelo

¿Vive con hijos dependientes menores de 18 años?

- Sí
 No
 No revelo

¿Está actualmente en riesgo de quedarse sin hogar?

- Sí
 No
 No revelo

Describa brevemente su situación.



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Daño o destrucción de la residencia primaria Debido a un desastre natural, incendio o un crimen		Solicite dentro de los 90 días del desastre natural
Ayudamos con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento temporal, comida y ropa, <input checked="" type="checkbox"/> Alquileres/agua/gas/electricidad atrasados <input checked="" type="checkbox"/> Costos de reconstrucción de vivienda y electrodomésticos esenciales	<input type="checkbox"/> Pago inicial en una nueva vivienda <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza <input type="checkbox"/> Desgaste normal en electrodomésticos	\$2,500
1. ¿Es esta la residencia principal del Miembro del Equipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	Incluya copias de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Reporte de incendio, policía o seguro• Recibos de vivienda, comida, ropa• Factura o presupuesto para reparaciones
2. ¿Cubre el seguro necesidades inmediatas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Reembolsará el seguro los gastos de bolsillo para subsistencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Podrá el Miembro del Equipo regresar a la vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*Situación no elegible

Sin hogar Debido a razones personales. Un subsidio por Miembro del Equipo. Los beneficiarios de subsidios de desalojo/ejecución hipotecaria no califican.		Solicite dentro de los 6 meses de la ocurrencia de estar sin hogar
Ayudamos con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento temporal, comida, ropa	<input type="checkbox"/> Muebles/electrodomésticos/aparatos electrónicos	\$1,000
1. ¿Está el miembro del equipo sin residencia segura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incluya copias de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Declaración del Miembro del Equipo explicando la situación• Declaración del patrocinador que verifica la información
2. ¿Puede el patrocinador verificar la situación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿El patrocinador escribió una declaración verificando la situación y la adjuntó a la solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Muerte de un familiar Miembro del Equipo, cónyuge, hijo, abuelo, nieto, padre (suegros) o dependiente		Solicite dentro de los 6 meses desde la fecha de fallecimiento
Podemos ayudar con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Gastos de funeral <input checked="" type="checkbox"/> Gastos de viaje <input checked="" type="checkbox"/> Alquileres/agua/gas/electricidad atrasados <input checked="" type="checkbox"/> Costo de transporte o funeral de un hermano (máximo: \$1000)	<input type="checkbox"/> Gastos médicos <input type="checkbox"/> Tasas legales	\$1,500
1. ¿El fallecido cumple con los criterios de familiar mencionados anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	Incluya copias de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Factura o presupuesto del funeral• Certificado de defunción• Informe del seguro
2. ¿El fallecido tiene un seguro de vida superior a \$20,000?	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	

*Situación no elegible



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Enfermedad crítica o lesión		Solicite dentro de los 12 meses del último tratamiento
Miembro del Equipo, cónyuge, hijo menor, compañero de cuarto, o dependiente		
Podemos ayudar con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Gastos médicos diagnosticados, primas/copagos <input checked="" type="checkbox"/> Costos de medicamentos recetados y dispositivos médicos críticos <input checked="" type="checkbox"/> Alquileres/agua/gas/electricidad atrasados, comida y ropa <input checked="" type="checkbox"/> Gastos de viaje para visitar a un padre, hijo o cónyuge con enfermedad terminal (máximo: \$1000)	<input type="checkbox"/> Cirugía o tratamientos estética <input type="checkbox"/> Procedimientos dentales <input type="checkbox"/> Gastos médicos enviados a cobros <input type="checkbox"/> Reclamos de la compensación del trabajador	\$1,750
1. ¿La persona afectada está cubierta por un seguro médico (los beneficiarios de la compensación de los trabajadores no son elegibles)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incluya copias de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico médico del médico• Facturas médicas y de recetas (no Explicación de beneficios)• Facturas de hogar vencidas
2. ¿Cuentas médicas sin pagar? Monto estimado \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Recibe discapacidad? Monto \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Situación no elegible		

Aviso de ejecución hipotecaria o desalojo de la residencia primaria		Solicite dentro de los 6 meses desde la fecha de aviso
Los subsidios para ejecución hipotecaria/desalojo se otorgan una vez al año, una vez por dirección. El beneficiario del subsidio para personas sin hogar no es elegible.		
Podemos ayudar con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Aviso de ejecución hipotecaria/desalojo <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento temporal	<input type="checkbox"/> Muebles/electrodomésticos/aparatos electrónicos <input type="checkbox"/> Costos de almacenamiento	\$1,000
1. ¿Es esta la residencia principal del Miembro del Equipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	Incluya copias de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Notificación de la ejecución hipotecaria/desalojo• Contrato de arrendamiento
2. ¿Tiene el Miembro del Equipo otro respaldo económico? Si la respuesta es "sí", indicar el monto: \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Situación no elegible		

Evacuación forzada de la residencia primaria por parte de la autoridad local		Solicite dentro de los 60 días de la evacuación
debido a desastres naturales, crimen u otras situaciones de peligro		
Ayudamos con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento temporal, alimentos y ropa comprados durante la evacuación <input checked="" type="checkbox"/> Alquileres/agua/gas/electricidad atrasados	<input type="checkbox"/> Pago inicial en una nueva vivienda <input type="checkbox"/> Pérdida de alimentos por el corte de electricidad <input type="checkbox"/> Reparaciones/muebles/electrodomésticos/aparatos electrónicos	\$500
1. ¿Es esta la residencia principal del Miembro del Equipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	Incluya copias de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Cualquier documento que indique la evacuación fue ordenado o necesario (Decreto del Gobierno)• Recibos de todos los gastos calificados
2. ¿Cubre el seguro necesidades inmediatas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Reembolsará el seguro los gastos de bolsillo para subsistencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Podrá el Miembro del Equipo regresar a la vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Situación no elegible		



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Problemas de transporte Debido a la falta de un transporte fiable causada por un robo, un accidente o desastre natural		Solicite dentro de los 6 meses de la ocurrencia del problema de transporte
Ayudamos con	No ayudamos con	Monto máximo
<input checked="" type="checkbox"/> Dinero para cubrir los servicios de ida y vuelta al trabajo	× Deducible del seguro, reparaciones/mantenimiento de automóviles, compra de automóviles	\$500

1. ¿Le falta transporte confiable al miembro del equipo para ir al trabajo? Sí No
2. ¿El transporte fue dañado por robo, accidente o desastre natural? Sí No*
- Incluya copias de lo siguiente:**
- Informe policial/seguro por robo o accidentes
 - Declaración del Miembro del Equipo explicando la situación
 - Declaración del patrocinador que verifica la información

*Situación no elegible

A mi leal saber y entender, toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa.

Miembro del Equipo

Firma: _____
 Nombre en letra de imprenta: _____
 Fecha: _____

Patrocinador: *Marque si se completa en nombre del Miembro del Equipo*

Patrocinador

Firma: _____
 Nombre en letra de imprenta: _____
 Título: _____
 Fecha: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

- La solicitud fue completada en su totalidad
- El patrocinador firmó la solicitud
- Se han adjuntado documentos de respaldo: ¡más es mejor!
- Michaels CARES puede compartir mi situación internamente sin información personal identificable.

Por Correo * LAS SOLICITUDES POR CORREO PUEDEN TARDAR HASTA 3 SEMANAS EN PROCESARSE

Michaels CARES
 Attn: Michaels Cares Coordinator
 3939 W. John Carpenter Frwy
 Irving, TX 75063

A TRAVÉS DE LA SOLICITUD EN LÍNEA

Solicitud en línea disponible en portal o intranet

POR CORREO* ENVÍE CORREO ELECTRÓNICO DE SEGUIMIENTO PARA GARANTIZAR LA ENTREGA

Envíe la solicitud a MichaelsCares@michaels.com