



SOLICITUD DE APOYO ECONOMICO

Lineamientos para Honduras

La Asociación Civil Mejorando Vidas Con Alorica, es una organización libre de impuestos bajo el número de registro 2018000266, reconocida por el Ministerio del Interior, Justicia y Descentralización de Honduras Dirección de Regulación, Registro y Seguimiento de Asociaciones Civiles (DIRRSAC), dedicada a brindar ayuda a empleados de Alorica, sus familias y asociaciones en general, que apoyan a esta población.

Para Poder ser eligible y recibir asistencia de MLBA:

- Debe de acreditar y demostrar que hay una necesidad imperante e inmediata de ayuda financiera y requiere de asistencia.
- Debe comprobar que no tiene otra fuente de ingresos para cubrir este gasto, incluyendo, más no limitándose a, créditos para la reparación o mejora del hogar, fondos obtenidos a través de asistencia social, fondos para el retiro ni cualquier forma de ayuda gubernamental o del sector privado.
- No deberá tener solicitudes aprobadas de apoyos económicos por parte de MLBA en un año calendario.

Tipos de asistencia que ofrece MLBA, y documentos que se solicitan para apoyar la solicitud

De ser un individuo solicitando ayuda financiera, deberá demostrar al menos uno de los siguientes requisitos:

- Últimos tres (3) meses de Estados de Cuenta Bancarios a la fecha del solicitante como de las personas adultas de su hogar.
- Estados de Cuenta de la Tarjeta de crédito a la fecha
- Información de cualquier soporte financiero, ingreso salarial, pensión alimenticia, ayuda o asistencia gubernamental o cualquier otro que aplique.
- Presupuesto mensual donde demuestra sus gastos regulares e ingresos.

1. GASTOS MEDICOS

- Gastos médicos no pagados para sí mismo, su cónyuge o dependientes no calificados y no tener seguro que pague por tales gastos. El individuo debe demostrar un plan para pagar los gastos médicos para los cuales MLBA estaría asistiendo

Documentación solicitada

- *Copia de facturas médicas (con fecha no mayor a 60 días)*
- *Plan de pagos*
- *Documentos con la Descripción de Beneficios de la compañía de seguros (si los hubiera). Los documentos / declaraciones de seguro deben incluir el nombre del paciente, fechas de servicio e información de pago del seguro*

2. GASTOS FUNERARIOS

- Gastos funerarios o de inhumación para un familiar directo –padres, cónyuge, hijos- o dependiente.

Documentación solicitada:

- *Copia de factura o presupuesto estimado por parte del cementerio y/o casa funeraria.*
- *Cobertura del seguro, de contar con alguno, explicando los beneficios de este. Estos documentos deben incluir nombre del occiso, fechas del servicio, así como información de pago.*

3. GASTOS DE REPARACION DE VIVIENDA

- Gastos derivados de la reparación de danos de vivienda para restaurar su habitabilidad

4. DESASTRES NATURALES

- Gastos para apoyo de terremotos o inundaciones

5. PARA ORGANIZACIONES SOLICITANDO AYUDA FINANCIERA

- Deberá estar debidamente registrada y aprobada como una asociación civil sin fines de lucro.

6. OTRO SUCESO INESPERADO

- Algún otro suceso inesperado o imprevisto que esté fuera del control del solicitante será tomado a consideración por MLBA a discreción. Este tipo de aplicaciones deber ser mandadas al administrador - HON.programadmin@livesbetter.org.

Información importante si su solicitud resulta aprobada, MLBA pagará directamente al no al aplicante.

Click here to go to the
Online Application
English Version

Clic en este botón para
aplicación en línea
Versión Español

*Si no le fue posible ingresar puede bajar la solicitud e imprimirla aquí: [Formulario de Aplicación](#)

MAKING LIVES BETTER WITH ALORICA
SOLICITUD DE APOYO ECONOMICO

Nombre del Solicitante

De Empleado (si aplica)

Site de Alorica al que pertenece

Dirección de correo electrónico

Dirección

Corregimiento

Ciudad

Código Postal

Teléfono fijo

Teléfono Celular

MOTIVO DE SOLICITUD:

Médico Funeral Reparación de vivienda Desastre Natural Otro _____

DESCRIPCION DE SOLICITUD

Por favor, explique su situación y especifique en qué se utilizarán los fondos solicitados: (Si es un familiar directo quien ha sido afectado, por favor precise su relación con éste)

Por favor, agregue páginas adicionales de ser necesario

Monto Solicitado: Q_____

Fecha en la que el apoyo económico debe ser entregado: _____

¿Usted o alguien de su hogar a recibido una donación? YES NO Si su respuesta es Si, cuando? _____

Por favor, tome en consideración que no más de un apoyo económico será concedido por MLBA durante un (1) año calendario tal y como se especifica en este documento.

Informacion de Pago a Tercero: (MLBA solo realizara pago a terceros, no al aplicante)

Nombre o informacion de la persona o compañía que se deberá de realizar el pago si su solicitud es aprobada.

(Ejemplo: nombre Hospital o funeraria, etc.)

Información del Beneficiario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Adjunte todos los documentos necesarios que se describen en los lineamientos [\(haga clic acá para revisar lineamientos\)](#)

Supports the following uploads DOC,TXT,PDF,JPEG,PNG

No file chosen

No file chosen

No file chosen

No file chosen

No file chosen

*Si no logro subir los documentos puede enviarnos un correo a hon.programadmin@livebetter.org

CERTIFICACION, RECONOCIMIENTO Y FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PARTICIPANTE

Por este medio y bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información y documentación que he entregado está completa y es verídica. Asimismo, reconozco que he leído y acepto los lineamientos establecidos por la asociación MLBA. Garantizo que la cantidad solicitada, así como su distribución, no excede el monto necesario para satisfacer la necesidad económica descrita en este documento, así como que he agotado todos los recursos a mi disposición. Estoy de acuerdo en proporcionar al Administrador de MLBA pruebas de la existencia de la necesidad financiera y la cantidad necesaria, así como cualquier otra documentación que pudiera ser solicitada a petición de este.

Entiendo que la Junta Directiva Local de MLBA que corresponde a mi sección, así como el Consejo Ejecutivo de la asociación revisará mi solicitud y determinarán si la cantidad solicitada es aprobada. Entiendo que el no proporcionar información completa y exacta puede descalificarme de recibir cualquier financiamiento.

Firma del Apicante

Fecha

Por favor complete, firme y entregue este formato a la Junta de Consejo Local o al Administrador del Programa MLBA (Mejorando Vidas con Alorica) – hon.programadmin@livesbetter.org

****Por favor presione el botón una sola vez. Usted recibirá una imagen confirmando que se realizó la solicitud****

Making Lives Better With Alorica Civil Association (MLBA) es una organización exenta de impuestos , bajo el número de registro 2018000266, reconocida por el Ministerio del Interior, Justicia y Descentralización de Honduras Dirección de Regulación, Registro y Seguimiento de Asociaciones Civiles (DIRRSAC)

Update November 2022