



**Solicitud de financiamiento a causa de la COVID-19 para  
los empleados de St. John's Health**

**Información del solicitante**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Cantidad de horas que trabaja por semana: \_\_\_\_\_

Nombre y número del departamento: \_\_\_\_\_

Dé una explicación detallada de la manera en que la COVID-19 les ha afectado a usted y a su familia y cómo esto ocasionó una falta de recursos para cubrir las necesidades básicas.

---

---

---

¿Se ha reducido la cantidad de horas que trabaja en SJH? **Sí** **No**

¿Está usando las horas de permiso retribuido (PTO, por su sigla en inglés) para cubrir las horas perdidas? **Sí** **No**

Si la respuesta es no, ¿por qué no está usando el PTO? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas de PTO le quedan? \_\_\_\_\_

**\* El uso del PTO disponible para ajustar el salario a las horas programadas habitualmente es un recurso disponible si está haciendo la solicitud debido a que ha perdido horas de trabajo en SJH. En el banco de PTO puede haber un mínimo de 16 horas que no afectará a la aptitud para recibir los fondos.**

**Información de la familia**

¿Algún otro miembro de la familia cuenta actualmente con empleo? **Sí** **No**

Si la respuesta es sí, ¿en dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas trabaja? \_\_\_\_\_

Si usted o su cónyuge ha perdido horas de trabajo, ¿ha solicitado un seguro de desempleo? **Sí** **No**

Si la respuesta es no, explique el motivo: \_\_\_\_\_

Fecha en que se solicitó el seguro de desempleo \_\_\_\_ ¿Le otorgaron beneficios por desempleo? **Sí** **No**

Si se negó el seguro de desempleo, explique el motivo \_\_\_\_\_

**\* Si le negaron el seguro de desempleo, adjunte la carta de rechazo en el correo electrónico.**

¿A qué otros recursos ha tenido acceso, como una distribución relacionada con la COVID (CRD, por su sigla en inglés) o préstamo de su plan de jubilación (SJH está exento de las comisiones por retiro y de apertura)?

---



Si se la otorgan, ¿cómo usará estos fondos? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la cantidad solicitada? \_\_\_\_\_

Mi firma abajo significa que he leído las pautas y que toda la información que proporcioné es veraz.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Pautas para el financiamiento a causa de la COVID-19**

**OBJETIVO:** Apoyar a los empleados de St. John's Health y a sus familias mediante asesoramiento sobre la salud mental, ayuda económica para inseguridad alimentaria e inestabilidad en la vivienda, así como otros problemas que se enfrentan debido a la pandemia de COVID-19.

1. La aptitud para recibir apoyo económico se basará en los siguientes criterios:
  - El empleado no puede cubrir las necesidades básicas debido a situaciones que surgen por la pandemia de COVID-19.
  - Llenado de la solicitud de fondos a causa de la COVID-19 que documenta una explicación detallada de la necesidad económica, el motivo por el que solicita los fondos y la manera en que los usará.
  - Actualmente los empleados pueden solicitar una cantidad máxima de \$1,500 una vez cada 30 días, y un empleado puede ingresar la solicitud tres veces como máximo. Las cantidades y los períodos están sujetos a cambio.
  
2. Proceso
  - Los integrantes del comité revisarán las solicitudes, generalmente de 2 a 3 días después de la entrega.
  - Cuando las revisen, recibirá un correo electrónico de [klong@tetonhospital.org](mailto:klong@tetonhospital.org) con la resolución del comité. Responda ese correo electrónico con el número o dirección del departamento a donde se debe enviar el cheque.
  - El Departamento de Contabilidad emitirá el cheque y lo enviará por correo interno al número de departamento o a la dirección de correo postal que proporcionó. Esto tardará entre 5 y 7 días.