

Evidence of Financial Hardship due to COVID-19 - Notice from Employer

As part of the required documents for the Excluded New Jerseyans Fund application, you may use the following template as evidence of financial hardship. Financial hardship can include termination, lay off or reduction of employment hours. Your employer may use this template to confirm that you have experienced any of the aforementioned due to the ongoing COVID-19 pandemic. This statement will only be used for the purpose of establishing your eligibility to qualify for the Excluded New Jerseyans Fund.

To whom it may concern,

This letter is to confirm that _____ (first and last name) is an employee/was an employee at: _____ (place of employment). Due to the ongoing COVID-19 pandemic, this employee was:

- Terminated: date of termination _____ salary as of last day of work _____ per hour or month hours worked per week:
- Laid off: lay-off period DATES _____ salary while employed _____ per hour or month hours worked per week:
- Hours reduced: time period _____ hourly salary _____ weekly hours before reduction _____ average weekly hours after reduction _____

It is my understanding that this statement will only be used for the purpose of establishing the applicant's eligibility to qualify for the Excluded New Jerseyans Fund. I am happy to answer any further questions if needed and can be reached at _____.

Thank you,

Employer First and Last Name

Date

Employer Signature

Employee First and Last Name

Date

Employee Signature

(Optional template, you can submit your own letter)

Evidencia de Dificultades Financieras Debido a COVID-19 - Aviso del Empleador

Como parte de los documentos requeridos para la solicitud del Fondo Para Residentes de New Jersey Excluidos, puede usar la siguiente plantilla como evidencia de dificultades financieras. Las dificultades económicas pueden incluir despido, despido o reducción de horas laborales. Si su empleador está dispuesto a hacerlo, puede usar esta plantilla para confirmar que ha experimentado cualquiera de los casos mencionados anteriormente debido a la pandemia de COVID-19 en curso. Esta declaración solo se utilizará con el fin de establecer su elegibilidad para calificar para el Fondo Para Residentes de New Jersey Excluidos.

A quien le interese,

Esta carta es para confirmar que _____ (nombre y apellido) es un empleado / fue empleado en: _____ (lugar de empleo). Debido a la pandemia de COVID-19 en curso, este empleado fue:

- Despedido: fecha de terminación _____; salario al último día de trabajo _____ por hora o mes; horas trabajadas por semana: _____
- Despido: período de despido FECHAS _____; salario mientras estaba empleado _____ por hora o mes; horas trabajadas por semana: _____
- Horas reducidas: período de tiempo _____; salario por hora _____; horas semanales antes de la reducción ____; horas semanales promedio después de la reducción _____

Tengo entendido que esta declaración solo se utilizará con el propósito de establecer la elegibilidad del solicitante para calificar para el Fondo Para Residentes de New Jersey Excluidos. Me complace responder a cualquier otra pregunta si es necesario y me pueden contactar en _____.

Gracias,

Nombre y Apellido del Empleador

Fecha

Firma del Empleador

Nombre y Apellido del Empleado

Fecha

Firma del Empleado

(Plantillas de muestra opcional, puede usar su propia carta)