

प्रमाणितकरण कथन

मैं एतद्वारा, मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार प्रमाणित करता/करती हूँ, कि इस आवेदन में निहित जानकारी सत्य, सही एवं पूर्ण है, तथा मैं केवल ऐसी राशियों के लिए सहायता का अनुरोध कर रहा/रही हूँ जो बीमा या किसी अन्य स्रोत द्वारा क्षतिपूर्ति योग्य नहीं है। अनुरोध किए जाने पर, मैं इस आवेदन में प्रस्तुत की गई जानकारी के लिए और प्रमाण देने के लिए सहमत हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ कि कर्मचारी राहत कोष और WestRock कर्मचारी की निजी जानकारी गुम होने, उसके दुरुपयोग और उसके अनाधिकृत व्यक्ति के पास पहुँच पर, प्रकटीकरण, संशोधन एवं ध्वंस से रक्षा करने के लिए उचित एवं उपयुक्त प्रशासनिक, तकनीकी और भौतिक सुरक्षा उपायों का उपयोग करते हैं। मैं कर्मचारी राहत कोष या WestRock से संबद्ध कुछ अधिकृत लोगों को अपनी एवं अपने नाबालिग आश्रितों की निजी जानकारी का उपयोग करने, मेरे अनुदान आवेदन का आकलन करने और जहाँ भी लागू हो, भुगतान प्रक्रमित करने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

कर्मचारी के हस्ताक्षर और तिथि

कृपया अपना नाम, पता, फोन नम्बर, कर्मचारी ID और WestRock स्थान नीचे मुद्रित करें।

कृपया अपने आवेदन के साथ शामिल करें (एप्लिकेशन टैब) और इनके पास भेजें:

WestRock Employee Relief Fund

गोपनीय फ़ैक्स: +001-804-386-0789

गोपनीय ईमेल: employeerelieffund@westrock.com

7 आपदा से सम्बन्धित सभी प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित दीर्घ-कालिक वित्तीय खर्च बताएं, जैसे घर को अबीमित/महत्वपूर्ण क्षति, परिसम्पत्तियां खोना, घरेलू सामान या अन्य सम्पत्ति।

व्यय का प्रकार:

0
0
0
0

कुल योग

8 प्राप्त किए गए किसी अपेक्षित बीमा भुगतान अथवा अन्य आपदा सम्बन्धित देय-राशियों/अनुदानों (जैसे राज्य अनुदान, सरकारी सहायता, आदि) के बारे में बताएं जो उपर्युक्त खर्चों को बराबर कर देगा।

इससे भुगतान अपेक्षित है:

0
0
0
0

कुल योग

9 अतिरिक्त टिप्पणियां:

कृपया इस प्रपत्र को, हस्ताक्षरति प्रमाण प्रलेख के साथ इस नम्बर पर फैंक्स करें:

WestRock Employee Relief Fund

गोपनीय फैंक्स: +001-804-386-0789

गोपनीय ईमेल: employeeereliefund@westrock.com