

証明声明

私はこの声明により、私が知りうる限り、本申請書に記入した情報は真実であり、正確かつ完全であることを証明するとともに、保険または他の資金源から払い戻しの不可能な金額のみの援助を申請していることを証明します。必要な場合は、本申請書に記入した情報をさらに裏付ける情報を提供することに同意します。

私は、従業員救済基金およびWestRockが従業員の個人情報の紛失、悪用、不正アクセス、開示、改ざんおよび破棄に対し、応分で適切な管理上、技術上、物理上の保護措置を堅持していることを理解しています。私は、必要に応じて許可申請の査定をするために、また支給金支払の手続きのために、私自身および私の未成年の扶養家族の個人情報を、従業員救済基金に關係する限られた人数の権限保持者が使用することに同意します。

社員の署名と日付

氏名、住所、電話番号、従業員ID、ご所属のWestRock支社を以下にご記入ください。

申請書（「申請書」タブ）と共に以下まで送信してください：

WestRock Employee Relief Fund

FAX（情報は機密に扱われます）：+001-804-386-0789

EMAIL（情報は機密に扱われます）： employeereleiefund@westrock.com

7 災害に直接関連する長期的な金銭的出費をすべて記入してください（例：保険未加入の住居/住居への深刻な被害、資産の損失、家財の損失、その他の財産の損失など）。

費用の種類：

	0
	0
	0
	0

合計

8 上記の費用を相殺できる、予定されている保険金の支払いおよび受け取ったその他災害関連の支払い/補助金（例：州や政府からの補助金など）をすべて記入してください。

予定されている支払いの支払い元：

	0
	0
	0
	0

合計

9 追記事項：

本書と署名済みの証明書類をFAXで以下まで送信してください：

WestRock Employee Relief Fund

FAX（情報は機密に扱われます）：+001-804-386-0789

EMAIL（情報は機密に扱われます）：employeerelieffund@westrock.com