

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADO

Patrocinado por Belong! Fondo de Asistencia de COVID-19

PARA QUE EL SOLICITANTE COMPLETE

Residentes que viven en Vienna, VA con el código postal 22180, 22181, solicitando ayuda a través de Belong! Asistencia de COVID-19: Por favor responda a las preguntas a continuación y pídale a su empleador (para quien trabajó antes del 1 de marzo de 2020) que llene el resto del formulario para verificar su empleo con ellos y verificar que su trabajo si fue afectado negativamente por COVID-19.

Su Nombre: _____

Dirección de domicilio: _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

PARA QUE EL EMPLEADOR COMPLETE

Su empleado (o ex empleado) ha solicitado ayuda financiera a través de Belong! Asistencia de COVID-19. Al completar este formulario, usted, el EMPLEADOR, está certificando que lo siguiente son cierto para la persona mencionada. Marque solo las respuestas que correspondan.

____ Sí, mi empleado fue empleado de mi empresa antes del 1 de marzo de 2020

____ Sí, a este empleado se le pagó \$20 o menos por hora (equivalente a \$ 41,600 o menos anualmente)

____ Sí, debido a COVID-19, el salario o las horas (o ambos) de este empleado se redujeron 50% o más de por lo menos 30 días durante el período entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2020.

EMPLEADOR: Complete solo el resto de este formulario si puede responder SÍ a todas las preguntas anteriores.

Yo, _____ certifico que mi empleado _____ cumple con las calificaciones mencionadas anteriormente.

Nombre/título del empleador _____

Nombre del Negocio _____ Negocio EIN _____

Dirección completa del Negocio _____

Firma _____ Teléfono _____

EMPLEADOR: Por favor devuelva el formulario completo al empleado que solicita la ayuda.

SOLICITANTE: Por favor incluya el formulario completo con su solicitud. Puede escanear y enviar un correo electrónico a BCAF@belongvienna.org o enviar por su correo de su aplicación a Belong!; 133 Park Street, NE Vienna, VA 22180