

Aplicación
El Fondo de Ayuda de Emergencia
(Emergency Relief Fund [ERF])

El Fondo de Ayuda de Emergencia (Emergency Relief Fund [ERF]) proporciona una asistencia confidencial por solo una vez a todos los empleados actuales del hospital que trabajan a tiempo completo (40 horas/semana) o a tiempo parcial (20 horas/semana) que están experimentando circunstancias inesperadas debido a dificultades financieras. Para aplicar, los empleados deben haber pasado con éxito su período de prueba y estar libres de cualquier acción disciplinaria formal dentro de los últimos 6 meses.

Para solicitar ayuda, complete este formulario y regréselo a Valerie Arrabito, Asistente Ejecutiva, Administración del 2do piso, Oficina V2007 en persona o por correo electrónico a arrabity@sjhmc.org.

Después de enviar el formulario, la solicitud será revisada por el Comité del Fondo de Ayuda para Empleados, se tomará una decisión y se contactará al empleado con la decisión del Comité. Para cualquier pregunta, comuníquese con Val al 973-754-3016.

Nombre: _____ Fecha que empezó a trabajar: _____

Lugar de trabajo (Marque con un círculo: St. Joseph's University Medical Center/ St. Joseph's Wayne Medical Center / St. Joseph's Healthcare and Rehab Center

Departamento/Unidad: _____ Puesto/Posición: _____

Tiempo Parcial/Tiempo Completo/Por Día _____ Horas por periodo de pago: _____

¿Ha solicitado ayuda del fondo de emergencia en el pasado? _____ ¿Si contesto si, cuando?
_____ ¿Cuánto le dieron? _____

Información de contacto (teléfono o correo electrónico) _____

Cantidad que esta solicitando: _____

Razones para la solicitud: Por favor describa su situación financiera actual incluyendo todas sus fuentes de ingresos. ¿Por qué está experimentando dificultades financieras en este momento? ¿Que ha causado la situación actual? ¿Cuáles son los problemas?

Nota: Si su solicitud se relaciona con facturas de servicios públicos o alquiler, la documentación de la necesidad debe enviarse junto con este formulario.

Al firmar este formulario, reconozco que, si se considera útil para mí, existe la posibilidad de que se me pida que participe en una sesión de consejo financiero gratuita y confidencial con ComPsych. Entiendo que, si participo en esta sesión, St. Joseph 's no tendrá conocimiento de los detalles de la sesión más que la confirmación de que participé en la sesión o sesiones.

Nombre: _____ Fecha _____

Firma: _____ Fecha _____

July 2021