



AFRICAN DIASPORA FOR JUSTICE

Acknowledging Identity and New Jersey Residency

To whom it may concern

This letter is to confirm that, to the best of my knowledge, _____
(first and last name) is who they say they are and are a New Jersey resident. 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 _____.

Please check the option that applies to you - I know the aforementioned person because they are my:

- Tenant (provide address where tenant resides) _____

- Congregate (provide name and address of worship) _____

- Patient (provide name and address of health center) _____

- Client (provide name and address of center) _____

- Member (provide name and Address of organization) _____

- Provide date that services began (month/year) _____

Thank you,

Provider First and Last Name

Date

Provider Signature

Provider Title

Applicant First and Last Name

Date

Applicant Signature

Applicant Address (Street, City, State, Zip Code)



RETURN TO:

African Diaspora for Justice • 175 Beach 97th Street • Box 930425 • Rockaway Beach, NY 11693 Rockaway

EMAIL TO:

Email info@africandiasporaforjustice.org

WHATSAPP TO:

(929) 600-3147

Enter phone(929) 600-3147 | (718) 704-8355 | (917) 444-0992

Email: info@africandiasporaforjustice.org

Website: www.info@africandiasporaforjustice.org

Facebook & Instagram: [africandiasporaforjustice](https://www.facebook.com/africandiasporaforjustice)

Twitter: [@ADfor_Justice](https://twitter.com/ADfor_Justice)

New Jersey Office
528 Linden Avenue
Elizabeth, New Jersey 07202
United States of America

Mailing Address
175 Beach 97th Street
P.O. Box 930425
Rockaway Beach, NY 11693

New York Office
88-32 Sutphin Boulevard
Jamaica, New York 11435
United States of America



AFRICAN DIASPORA FOR JUSTICE

Reconocimiento de Identidad y Residencia en New Jersey

A quien le interese

Esta carta es para confirmar que, a mi leal saber y entender, _____ es quien dice ser y es residente de New Jersey. 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 _____.

Marque la opción que le corresponda - Conozco a la persona antes mencionada porque es mis:

- Inquilino (proporcione la dirección donde reside el inquilino) _____
- Congregado (proporcione el nombre y la dirección del culto) _____
- Paciente (proporcione nombre y dirección del centro de salud) _____
- Cliente (proporcione el nombre y la dirección del centro) _____
- Miembro (proporcione el nombre y la dirección de la organización) _____
- Proporcione la fecha en que comenzaron los servicios (mes / año) _____

Gracias,

Nombre y Apellido del Proveedor

Fecha

Firma del Proveedor

Titulo del Proveedor

Nombre y Apellido del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Dirección del Solicitante (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)



RETURN TO:

African Diaspora for Justice • 175 Beach 97th Street • Box 930425 • Rockaway Beach, NY 11693 Rockaway

EMAIL TO:

Email info@africandiasporaforjustice.org

WHATSAPP TO:

(929) 600-3147

Enter phone: (929) 600-3147 | (718) 704-8355 | (917) 444-0992

Email: info@africandiasporaforjustice.org

Website: www.info@africandiasporaforjustice.org

Facebook & Instagram: [africandiasporaforjustice](https://www.facebook.com/africandiasporaforjustice)

Twitter: [@ADfor_Justice](https://twitter.com/ADfor_Justice)

New Jersey Office
528 Linden Avenue
Elizabeth, New Jersey 07202
United States of America

Mailing Address
175 Beach 97th Street
P.O. Box 930425
Rockaway Beach, NY 11693

New York Office
88-32 Sutphin Boulevard
Jamaica, New York 11435
United States of America