የዉድብሪጅ አካባቢ የአንድነት መረዳጃ እድር
UNITY HELPLINE (EDIR)

የአባልነት መመዝገቢያ ቅጽ
Membership Registration Form

የአመልካች ሙሉ ስም: **Applicant's Full Name:**	ሴል ፎን ቁጥር: **Cell Phone #:**	የአባልነት መታወቂያ ቁጥር **Member's ID #:**
	ኢሜይል: **Email:**	
የትዳር ጓደኛ ሙሉ ስም **Spouse Full Name:**	ሴል ፎን ቁጥር: **Cell Phone #:**	የአባልነት መታወቂያ ቁጥር **Member's ID #:**
	ኢሜይል: **Email:**	
የመኖሪያ አድራሻ: **Residence Address:** ከተማ: ስቴት ዚፕ ኮድ: **City: State ZIP Code**	የቤት ስልክ ወይም ተጨማሪ ስልክ ቁጥር (ካለ) : **Home Phone or Alternate Phone Number:**	የአባልነት ምዝገባ ዓይነት **Registration Type** ☐ በቤተሰብ/ **Family** ☐ በነጠላ ግለሰብ/ **Single**
		የቤተሰብ ብዛት Number of Family member

በአመልካች ቤተሰብ ሥር የሚመዘገቡ ስም ዝርዝር:
Name of the Applicants' Family Members To Be Registered :

	ሙሉ ስም Full Name	ጾታ: Male/Female	የተወለደበት ቀን: Date of birth MM/DD/YYYY	ከአመልካች ጋር ያለው ግንኙነት Relationship	የአባልነት መታወቂያ Membership ID:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

እኔ ስሜ ከላይ የሰፈረው አመልካች አንድነት የመረዳጃ እድር አባል ለመሆን እያመለከትኩ በተግባር ላይ ያለውን የእድሩን መተዳደሪያ ደንብ ከነማሻሻያዎቹ እንዲሁም የሥራ አፈጻጸም መመሪያዎችን ሙሉ በሙሉ ተቀብያለሁ:: በአባልነቴም ግዴታዬን ለመፈጸም መስማማቴን እየገለጽኩ በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰጠሁት መረጃ እውነትና ትክክለኛ መሆኑን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ:: የእድሩ ሙሉ አገልግሎት ለማግኘት የአባልነት ግዴታዬን አሟልቶ ከተመዘገብኩበት ቀን ስድስት ወር ካለፈ በኋላ መሆኑን አውቄ ተቀብያለሁ።

I, the above mentioned applicant, hereby apply to become a member of the Woodbridge area UNITY HELPLINE (EDIR) and agree to fully adhere and abide by the rules and obligations of the by-laws of the EDIR as stated therein. I also certify that the information provided in this form is true and correct.

የአመልካች ፊርማ:-
Applicant's Signature: _____

ያመለከቱበት ቀን :-
Date Applied: _____

የአባል የውክልና ሥልጣን መስጫ

For Designation of a Representative

እኔ ስሜ _____ የተባልኩት የእድሩ አባል ከዚህ ዓለም በሞት በምለይበት ጊዜ የሚገባኝን የእድር አገልግሎት እንዲረከብ/ እንድትረከብ

የውክልና ሥልጣን ለ _____ መስጠቴን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ። የውክልና ተቀባይ ሴል ፎን ቁጥር:_____

እንዲሁም የኢሜይል አድራሻ _____ መሆኑን አገልጻለሁ ::

I, _____who is member of the Edir, hereby designate _____ as my representative(s) who will receive the EDIR services/benefit that is due to me from the Woodbridge Area UNITY HELPLINE (EDIR) at the time of my death.

My Representative's Cell Phone # is_____ and email address is _____

የውክልና ሰጪ ፊርማ:
Designee's Signature:_____

ውክልና የተሰጠበት ቀን:
Date of this Designation:

ከዚህ በታች ለእድሩ ጽሕፈት ቤት የውስጥ ሥራ ብቻ የሚያገለግል ነው።

For EDIR's Office Internal Use Only.

የአባልነት ማመልከቻውንና የውክልና ፎርሙን ተቀብሎ ውሳኔ የሰጠው የእድሩ ሹም ስም:
Name of EDIR Official who Received and Approved the Membership Application & Designation Form:

የእድሩ ሹም ስም: ***ፊርማ:*** ***የተቀበለበት ቀን:***
Name:_____ Signature:_____ Date Received:_____

ማሳሰቢያ: ማንኛውም አባል ከላይ የእድር ከፍያውን እንዲረከብ የወከለውን ግለሰብ መቀየር ከፈለገ ለሥራ አስኪያጅ ኮሚቴ በጽሁፍ ማመልከቻ የማሳወቅ ግዴታ አለበት።
Notice: Any member who may want to change his/her designated representative to receive the Edir Services is obligated to notify the Executive Committee in writing and duly signed by the applicant.