



አንድነት መረዳጃ ዕድር

የአባልነት መመዝገቢያ ቅጽ

ID#: _____

ሙሉ ስም: _____

ጾታ: ወንድ ሴት ዕድሜ: 18-29 30-39 40-59 60- 70 71+

መኖሪያ አድራሻ: _____
 (ንዋሪነትን ማረጋገጫ መታወቂያ ያስፈልጋል) _____

የቤት ስልክ: _____ ሞባይል: _____ ኢሜል: _____

የባለቤት ስም _____

ዕድሜአቸው ከ18 በታች የሆኑ ልጆቹ ስም

(ዕድሜን ማረጋገጫ የልደት ወረቀት፣ የመኖሪያ አድራሻ ማረጋገጫ መታወቂያ ይዘው ይቅረቡ)

ስም	የልደት ቀን / ወር / ዓመት
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

ከዚህ ዓለም በሞት በምለይበት ጊዜ ዕድሩ የሚከፍለው ክፍያ ለሚከተሉት ተወካዮች በሀላፊነት ለቀብር ስነ ስርዐት ማስፈጸሚያ እንዲውል በቅደም ተከተል እንዲሰጥልኝ ደንጊጌአለሁ።

1 ሙሉ ስም: _____ ዝምድና: _____
 መኖሪያ አድራሻ: _____
 ስልክ: _____ ሶሻል ሴኩሪቲ/ መታወቂያ#: _____

ከላይ የተጠቀሱት ተወካዮች በህይወት ከሌሉ፣ በሕመም ምክንያት ከተዳከሙ ፣ በውክልናው ለማገልገል ፍቃደኛ ካልሆኑ ወይም በ48 ሰዓት ውስጥ ካልተገኙ ፣ ከዚህ በታች በቁጥር 2 ለጠቀስኳቸው ተወካዮች እንዲሰጥልኝ አሳስባለሁ።

2 ሙሉ ስም: _____ ዝምድና: _____
 መኖሪያ አድራሻ: _____
 ስልክ: _____ ሶሻል ሴኩሪቲ/መታወቂያ#: _____

የአንድነት መረዳጃ ዕድርን መተዳደሪያ ደንብ አንብቤና ተረድቼ ግዴታዎቼን ለማክበር የተስማማሁ መሆኑን እያረጋገጥኩ፣ እድሩ በአባልነት እንዲቀበለኝ አመለክታለሁ። በተጨማሪም ከላይ የሰጠሁት መረጃ ትክክለኛና እውነት መሆኑን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ።

አመልካች _____ ፊርማ _____ ቀን _____