

የአባልነት መመዘገቢያ 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 ዳይፕ ሙሉ ስም Spouse Full Name:	ሴል ፎን ቁጥር: Cell Phone #:	የአባልነት መታወቂያ ቁጥር Member's ID #:
ኢሜይል: Email:		
የመኖሪያ አድራሻ: Residence Address:	የቤት ስልክ ወይም ተጨማሪ ስልክ ቁጥር (ካለ) : Home Phone or Alternate Phone Number:	የአባልነት ምዝገባ ዓይነት <u>Registration Type</u> <input type="checkbox"/> ባቤተሰብ/ Family <input type="checkbox"/> በነጠላ ግለሰብ/ Single
ከተማ: City:	ስቴት State	ዚ.ፒ ኮድ: ZIP Code

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

ሙሉ ስም: Full Name:	ጾታ: Male / Female	የተወለደበት ቀን (ከ18 ዓመት በታች ለሆኑ ብቻ) Date of Birth (For Minors Only) In MM/DD/YYYY Format	ከአመልካች ጋር ያለው ግንኙነት Relationship with Applicant	የአባልነት መታወቂያ ቁጥር: Membership ID Number
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

እኔ ስሜ ከላይ የሰፈረው አመልካች የአስተንና አካባቢው መረዳጃ እድር አባል ለመሆን እያመለከትኩ በተግባር ላይ ያለውን የእድሩን መተዳደሪያ ደንብ ከማሻሻያዎቹ 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 አሟልቻ ከተመዘገብኩበት ቀን ስድስት ወር ካለፈ በኋላ መሆኑን አውቄ ተቀብያለሁ::

I, the above mentioned applicant, hereby apply to become a member of the AUSTIN AREA MUTUAL AID (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: _____ ያመለከተበት ቀን :- _____
 Applicant's Signature: _____ Date Applied: _____

የአባል የውክልና ሥልጣን መስጫ
For Designation of a Representative

እኔ ስሜ _____ የተባልኩ የእድሩ አባል ከዚህ ዓለም በሞት በምለይበት ጊዜ የሚገባኝን የእድር አገልግሎት እንዲረከብ/እንድትረከብ ሙሉ የውክልና ሥልጣን ለ _____ መስጠቴን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ:: የውክልና ተቀባይ ሴል ፎን ቁጥር: _____

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

እንዲሁም የኢሜይል አድራሻ _____ መሆኑን አረጋግጣለሁ::

I _____ who is a member of the Edir, hereby designate _____ as my representative(s) who will receive the 'EDIR services/benefit' that is due to me from the AUSTIN AREA MUTUAL AID (EDIR) at the time of my death. My

Representative's Cell Phone # is _____ and email address is _____.

የውክልና ሰጪ ፊርማ: _____ ውክልና የተሰጠበት ቀን: _____
 Designee's Signature _____ Date of this Designation: _____

የአባል የውክልና ሥልጣን መስጫ
For Designation of a Representative

እኔ ስሜ _____ የተባልኩት የእድሩ አባል ከዚህ ዓለም በሞት በምለይበት ጊዜ የሚገባኝን የእድር አገልግሎት እንዲረከብ/ እንድትረከብ ሙሉ የውክልና ሥልጣን ለ _____ መስጠቴን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ:: የውክልና ተቀባይ ሴል ፎን ቁጥር: _____

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

እንዲሁም የኢሜይል አድራሻ _____ መሆኑን አረጋግጣለሁ::

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 AUSTIN AREA MUTUAL AID (EDIR) at the time of my death. My Representative's Cell Phone # is _____ and email address is _____.

የውክልና ሰጪ ፊርማ: _____ ውክልና የተሰጠበት ቀን: _____
 Designee's Signature _____ Date of this Designation: _____

ከዚህ በታች ለእድሩ ጽሕፈት ቤት የውስጥ ሥራ ብቻ የሚያገለግል ነው::
For EDIR's Office Internal Use Only.

የአባልነት ማመልከቻውንና የውክልና ፎርምን 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 ከፍተኛውን 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.