



አፎይታ ዕድር መረዳኛ ማኅበር
Efoyta Edir Mutual Assistance Association

Form: EEMAA-0001

የአባልነት መመዝገቢያ ቅጽ
Membership Registration Form

የአመልካች ሙሉ ስም: Applicant's Full Name: First Name Middle Name Last Name			የትውልድ ቀን: Date of Birth:	የአባልነት መለያ ቁጥር: Membership ID #:
የመኖሪያ አድራሻ: Residence Address:			ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር: Cell Phone #:	ኢሜይል: Email:
ከተማ: City:	ስቴት: State:	ዚፕ ኮድ: Zip Code:	የሌላ ስልክ ወይም ተጨማሪ ስልክ ቁጥር (ካለ) : Home Phone or Alternate Phone Number:	
የትዳር ጓደኛ ሙሉ ስም: Spouse Full Name: First Name Middle Name Last Name			የትውልድ ቀን: Date of Birth:	ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር: Cell Phone #:
			ኢሜይል: Email:	

እኔ ስም ከላይ የሰጠው አመልካች የአፎይታ ዕድር መረዳኛ ማኅበር አባል ለመሆን እያመለከትኩ በተግባር ላይ ያለውን የአድራሻ ደንብ ከተማላኝም እንዲሁም የሥራ አፈጻጸም መመሪያዎችን ሙሉ በሙሉ ተቀብያለሁ። በአባልነቴም ግዴታዬን ለመፈጸም መስማማቴን እየሰጠኩ በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰጠሁት መረጃ እውነትና ትክክለኛ መሆኑን በፈርማዬ አረጋግጣለሁ። የአድራሻ ሙሉ አገልግሎት ለማግኘት የአባልነት ግዴታዬን አግልጥኦ ከተመዘገብኩት ቀን ስድስት ወር ካለፈ በኋላ መሆኑን አውቄ ተቀብያለሁ።
I, the above mentioned applicant, hereby apply to become a member of the EFOYTA EDIR (EEMAA) 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 ህጋዊ አንደኛ ተወካይ ሥልጣን መስጫ
For Designation of a Primary Authorized Representative

እኔ ስም _____ የተባልኩ የአድራሻ አባል ከዚህ ዓለም በሞት በምለይበት ጊዜ የሚገባኝን የአድራሻ አገልግሎት እንዲረከብ/እንድትረከብ ሙሉ ህጋዊ የውክልና ሥልጣን ለ _____ መስጠቴን በፈርማዬ አረጋግጣለሁ። የውክልና ተቀባይ ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር: _____
እንዲሁም የኢሜይል አድራሻ: _____ መሆኑን አረጋግጣለሁ።
I _____ who is a member of the Edir, hereby designate _____ as my authorized representative(s) who will receive the 'EDIR services/benefit' that is due to me from the EFOYTA EDIR (EEMAA) at the time of my death. My Representative's Cell Phone # is _____ and email address is _____.
የውክልና ስልጣን ፊርማ: _____ ውክልና የተሰጠበት ቀን: _____
Designator's Signature: _____ Date of this Designation: _____

የአባል ህጋዊ ሁለተኛ ተወካይ ሥልጣን መስጫ
For Designation of a Secondary Authorized Representative

እኔ ስም _____ የተባልኩ የአድራሻ አባል ከዚህ ዓለም በሞት በምለይበት ጊዜ የሚገባኝን የአድራሻ አገልግሎት እንዲረከብ/እንድትረከብ ሙሉ ህጋዊ የውክልና ሥልጣን ለ _____ መስጠቴን በፈርማዬ አረጋግጣለሁ። የውክልና ተቀባይ ተንቀሳቃሽ ስልክ ቁጥር: _____
እንዲሁም የኢሜይል አድራሻ: _____ መሆኑን አረጋግጣለሁ።
I _____ who is a member of the Edir, hereby designate _____ as my authorized representative(s) who will receive the 'EDIR services/benefit' that is due to me from the EFOYTA EDIR (EEMAA) at the time of my death. My Representative's Cell Phone # is _____ and email address is _____.
የውክልና ስልጣን ፊርማ: _____ ውክልና የተሰጠበት ቀን: _____
Designator's Signature: _____ Date of this Designation: _____

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

የአባልነት ማመልከቻውን የውክልና ፎርምን ተቀብሎ ውሳኔ የሰጠው የአድራሻ ሹም ስም:
Name of EDIR Official who Received and Approved the Membership Application & Designation Form:
የአድራሻ ሹም ስም: _____ ፊርማ: _____ የተቀበለበት ቀን: _____
Name: _____ Signature: _____ Date Received: _____

ማሳሰቢያ: ማንኛውም አባል ከላይ የአድራሻ ክፍያውን 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.