

አዲስ አድር Addis Edir

Web: addisedir.org Email: ediraddis@gmail.com

የተጠቃሚ ክፍያ ማመልከቻ ቅጽ

Beneficiary Claim Form

የሚገኝ አባል ስም/Deceased member name

First / መጠሪያ ስም

Middle / አባት

Last / አያት

ትውልድ ቀን/DOB

የአባልነት መመዝገቢያ ዓመት/ member since (year) _____

የሞት ቀን / Date of death _____

የሞት ምክኒያት / Cause of death _____

አደጋ ከሆነ፣ የመርማሪውን ስምና እድራሻ እዲሁም ሪፖርት ያያይዙ። Please provide full information if it is an accidental death.

የሞት ሥፍራ / Place of death (ስምና እድራሻ) _____

የቀበር ቦታ / Funeral home or Burial Site _____

የለቅሶ ቦታ / Place of mourn _____

የተጠቃሚ ክፍያ ጠያቂ / Beneficiary benefit requester

First / መጠሪያ ስም

Middle / አባት Last / አያት

ትውልድ ቀን/DOB

አድራሻ/Address _____

ስልክ / Telephone Number _____

የሰጠሁት መረጃ እውነተኛና ትክክለኛ መሆኑን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ። I certify that the information provided is true and accurate.

_____ ክፍያ ጠያቂ ፊርማ / Signature ቀን / Date

ክፍያውን ያፀደቀው የቦርድ አባል ስም፤

_____ ፊርማ _____ ቀን/Date _____