

Orphans sponsorship application form (إستمارة طلب كفالة اليتيم)

A. Sponsor information / معلومات الكفيل		
Full name in English/	الأسم واللقب / باللغة الإنكليزية	
Full name in Arabic/	الأسم واللقب / باللغة العربية	
Date of birth (dd/mm/yyyy)	تاريخ التولد /	
Address/	العنوان /	
Postal code / الرقم البريدي	Town / City المدينة /	Province المقاطعة /
Email address/	البريد الإلكتروني /	
Phone number / رقم الهاتف	Sponsorcode / رمز الكفيل	

B. Types of sponsorship / أنواع الكفالة الخاصة

I would like to sponsor the following number of orphans	أرغب بكفالة العدد التالي من الأيتام	
1) Normal orphan	<input type="checkbox"/> يتيم (عادي)	<input type="checkbox"/>
2) An orphan with special needs	<input type="checkbox"/> يتيم من ذوي الاحتياجات الخاصة	<input type="checkbox"/>
3) Orphan of victims of terrorism	<input type="checkbox"/> أيتام ضحايا الإرهاب	<input type="checkbox"/>
4) Superior orphan	<input type="checkbox"/> يتيم متفوق	<input type="checkbox"/>
The start date / تاريخ بداية الكفالة / of the sponsorship	/20	The total amount / \$ المبلغ الكلي المخصص شهرياً / allocated per month
Defined by / معرف بواسطة /	Office <input type="checkbox"/> مكتب Delegate <input type="checkbox"/> مندوب phone number / رقم الهاتف	
for the first time <input type="checkbox"/> لأول مرة	In addition orphan <input type="checkbox"/> إضافة يتيم	

C. Payment method / طريقة الدفع

Monthly <input type="checkbox"/> شهرياً	Quarterly <input type="checkbox"/> فصلياً	Half-yearly <input type="checkbox"/> نصف سنوي	Yearly <input type="checkbox"/> سنوياً
cash <input type="checkbox"/> نقداً	Bank Account <input type="checkbox"/> الحساب المصرفي	debit/ credit <input type="checkbox"/> البطاقة المصرفية	Cheque <input type="checkbox"/> صك PAD <input type="checkbox"/> السحب الشهري
رمز العائلة Famil code	تسلسل اليتيم Or han se uence	اسم اليتيم Or han name	Office Notes ملاحظات المكتب
1	1	1	Number and date of the first receipt رقم وتاريخ الوصل الأولي
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
			/ /20

Under an obligation sponsor for a period of four months after you stop the payments the institution to find an alternative sponsor the orphan
التعهد بإلتزام دفع مبلغ الكفالة لمدة (4) أربعة أشهر بعد الإنقطاع لتقوم المؤسسة بإيجاد كفيل بديل لليتيم

The signing of the contract editor / توقيع محرر العقد

Date / التاريخ /20

The sponsor's signature / توقيع الكفيل

Date / التاريخ /20