



ВСЕМИРНАЯ АССОЦИАЦИЯ СУБУДА
ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ НУЖДАЮЩИХСЯ
ФОНД ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Эту форму можно заполнять на английском, испанском или французском языках.

Заполните первую, вторую и третью части, а для заполнения четвертой части отправьте ее вашему представителю программы поддержки или кедживаан-советнику.

- ♦ представитель программы поддержки или кедживаан-советник должен отсканировать и отправить по факсу или почте заполненную форму в секретариат Фонда экстренной помощи (контактный адрес ниже).

Субудский Фонд Экстренной Помощи
ФОРМА ЗАЯВКИ

информация конфиденциальная

ЧАСТЬ 1: ГРУППОВОЙ ПОМОЩНИК И ЗАЯВИТЕЛЬ

Груп. помощник ФИО: Адрес: E-mail: Тел. и факс:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>(Примечание: Вам необходимо иметь электронный адрес в вашей стране, чтобы можно было перевести деньги через Western Union. Принимается любой активный адрес e-mail)</i></p>
ЗАЯВИТЕЛЬ ФИО по паспорту: Субудское имя: Адрес:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

НА ОТДЕЛЬНОМ ЛИСТЕ: Пожалуйста, опишите личные и финансовые обстоятельства брата или сестры-заявителя, и для чего требуется субсидия. **Пожалуйста, опишите детально и будьте уверены, что факты соответствуют действительности.** К сожалению, многие заявки слишком краткие, в них мало фактической информации. Это приводит к задержкам, вызванным запросами о дополнительной информации.

Пожалуйста, подтвердите, что были изучены все другие источники финансовой помощи, и что этот брат или сестра ранее не обращался за помощью под своей фамилией, под другой фамилией или под фамилией родственника. Если этот человек ранее обращался, пожалуйста, укажите.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ: Какую помощь, если это имеет место, предоставляется местной группой или другими?

ТЕСТИРОВАНИЕ: Пожалуйста, подтвердите, что тестирование показало, что будет правильно обратиться в фонд экстренной помощи Субуда. (Укажите сколько присутствовало помощников, сколько помощников получили положительный ответ, были ли отрицательные получения).

ЧАСТЬ 2: ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ

Запрашиваемая сумма: в местной валюте _____ USD _____

Как выплачивать? (чеком/денежным переводом и проч.,) _____

БАНК: Название: _____

Сортировочный код _____

Адрес: _____

Рег. имя пользователя: _____

Номер счета: _____

ЧАСТЬ 3: ПОДПИСИ ПОМОЩНИКОВ

Заявка подписывается двумя, предпочтительно тремя помощниками, которые изучили ситуацию этого брата или сестры, решили, что будет правильно направить заявку в фонд экстренной помощи Субуда, затем тестировали и получили четкий положительный ответ. Пожалуйста, четко напишите ваши ФИО печатными буквами и подпишитесь. Спасибо, помощники. Фонд экстренной помощи Субуда высоко ценит вашу важную роль и участие. Благослови вас Бог.

ФИО первого помощника (печатными буквами) _____

Подпись: _____ Дата: _____

ФИО второго помощника печатными буквами) _____

Подпись: _____ Дата: _____

ФИО третьего помощника (печатными буквами) _____

Подпись: _____ Дата: _____

ЧАСТЬ 4: ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СЛУЖБЫ ПОМОЩИ ИЛИ КЕДЖИВААН-СОВЕТНИКА

Заявление скрепляется подписью представителя Службы помощи. Если такого представителя нет, попросите кедживаан-советника подтвердить, что он (она) изучил, протестировал ситуацию и согласился на то, что следует отправить заявку в Фонд экстренной помощи Субуда.

БРАТСКОЕ НАПОМИНАНИЕ: Нам необходимо, чтобы представитель Службы помощи или кедживаан-советник был нашим контактным лицом или посредником, который проверит, что деньги получены и использованы для предназначенной цели. Предпочтительно, чтобы с ними можно было без труда связаться по e-mail. Мы будем признательны получить электронное сообщение о том, что деньги получены и использованы для предназначенной цели. Рейнер может позвонить вам по телефону, чтобы обсудить ситуацию перед тестированием или после утверждения заявки и пересылки денег.

После заполнения формы представителем службы помощи или кедживаан-советником, пожалуйста, вышлите форму по факсу или по почте по адресу:

Sarah Becker
COORDINATOR *for the* SUBUD EMERGENCY FUND
2326 May Flower, Providencia
Santiago
CHILE
Phone: +56-2-474-6661
sarahpauli@yahoo.com

С вопросами обращайтесь по адресу:

Arnaud Delune
COORDINATOR *for the* CARE SUPPORT PROGRAM
4 rue du Nord, Apt. 123
92160-Antony
FRANCE
Tel: +33 (0)1 46 68 99 06
delunea@yahoo.fr