



ASOCIACIÓN MUNDIAL SUBUD
CARE SUPPORT PROGRAM – Fonde de Emergencia SUBUD

Para llenar esta solicitud favor referirse a la: “Guía para la Solicitud”. Este formulario se puede rellenar en inglés, español o francés. Complete las partes una, dos, tres y cuatro y envíela a su consejero Kejiwaan para que la complete. El consejero Kejiwaan debe enviar la solicitud por email al Representante de Care Support. Ver detalles de contacto al final de este formulario.

Fondo de Emergencia Subud SOLICITUD Confidencial	
PRIMERA PARTE: SOLICITANTE	
Nombre legal: Nombre Subud: Dirección: Correo electrónico:	
¿Ha solicitado alguna vez el Fondo de Emergencia? (Care Support) En ocasiones anteriores ¿algún miembro de su familia ha solicitado ayuda al Fondo de Emergencia?	Si/ No Si su respuesta es afirmativa, por favor anote los detalles: Fecha en que lo solicitó ayuda: Razón: ¿Qué nombre utilizó cuando presentó su solicitud? Si / No Si contestó Si, por favor dé el nombre de esa Persona: Fecha:

[illegible]

Por favor confirme que todas las otras fuentes financieras han sido exploradas

.....

.....

.....

¿Qué clase de ayuda, si ha habido alguna, le ha sido provista mediante el grupo local o por otros medios?

.....

.....

.....

.....

Por favor confirmar si el test ha indicado que es apropiado presentar esta solicitud ante el Fondo de Emergencia Subud (favor anotar cuántos ayudantes estuvieron presentes y cuántos recibieron una indicación positiva y cuántos una negativa). **LOS AYUDANTES LOCALES DEBEN RESPONDER AQUÍ.**

.....

.....

.....

.....

.....

TERCERA PARTE: DETALLES DE PAGO

Cantidad solicitada: ¿Cómo se debe pagar? (cheque / cheque bancario o transferencia, etc.):	Moneda Local..... USD.....
	Nombre del Banco:
	Código BIC/SWIFT:
	IBAN:
	Dirección:.....
	
	
Nombre de la cuenta:	
Número de la cuenta:	

CUARTA PARTE: FIRMA DE LOS AYUDANTES

Firmado por al menos dos y preferiblemente tres ayudantes que revisaron la situación de este hermano o hermana, decidieron que era correcto enviar la solicitud al Fondo de Emergencia Subud, y que luego hicieron la prueba y tuvieron una recepción positiva clara. Por favor, escriban claramente sus nombres completos y luego firmen. Gracias, ayudantes. El Fondo de Emergencia Subud aprecia mucho su importante papel y participación. Que Dios los bendiga.

Nombre del primer ayudante local (escriba en mayúsculas):

Firma: Fecha:

Nombre del segundo ayudante local (escriba en mayúsculas):

Firma: Fecha:

Nombre del tercero ayudante local (escriba en mayúsculas):

Firma: Fecha:

QUINTA PARTE: FIRMA DEL CONSEJERO KEJIWAAN

El Consejero Kejiwaan (CK) deberá confirmar que él o ella han revisado y hecho test acerca de esta situación y está de acuerdo en que se deba enviarse al Fondo de Emergencia Subud.

RECORDATORIO FRATERNAL: Necesitamos que el CK esté dispuestos y pueda ser nuestro contacto mediador para asegurar que el dinero recaudado sea utilizado para el propósito inicial. Idealmente el CK debería ser fácilmente contactado a través de E-Mail. Se requiere y sería altamente apreciada una respuesta por email del CK para confirmar que el dinero ha sido entregado y utilizado para su propósito inicial. También es posible que le llamemos por teléfono para discutir la situación, antes del test o para un seguimiento, después de que la solicitud haya sido aprobada y el dinero enviado.

Nombre (escriba en mayúsculas):

Firma: Fecha:

E-mail:

Teléfono de la casa o del trabajo:

Después que el RGA o CK haya completado esta solicitud, por favor enviar por E-Mail este formulario completado a:

Representante de WSA Care Support: Illène Pevec

illene.pevec@subud.org

Para cualquier consulta o pregunta, escriba a la dirección de correo electrónico anterior.