



ኅብረት መረዳኛ ማህበር
Hebret Mutual Aid Society

የተወካይ መጠሪያ ደብዳቤ
Individual Designations Letter

ማሳሰቢያ

ይህ ደብዳቤ በኖታሪ ፕብሊክ ፊት መፈረም አለበት ፈራሚው በኖታሪ ፕብሊክ እራሱን አዎንታዊ በሆነ መንገድ ማሳወቅና ሰነዱን በፈቃደኝነት እንደፈረሙ አምኖ መቀበል አለበት።

NOTICE: The signer must personally appear before the Notary Public; the signer must be positively identified by the Notary Public and the signer must acknowledge having willingly signed the document.

አባል ቁጥር (ይህ የኅብረት አባል መታወቂያ ቁጥር አዲስ ቁጥር ነው)
Hebret (HMAS) member # (Note this is a new member number) _____

የአባል ሙሉ ስም
Member Name: _____

አድራሻ
Address: _____

ስልክ ቁጥር የአባል ኢሜል/ ከሌለዎት የልጅ ወይ የቤተሰብ
Phone: _____ member Email if not Family email _____

ተቀዳሚ ተወካይ

Individual Primary Designee

የተወካይ ስም ግንኙነት/ዝምድና
Name: _____ Relationship: _____

የመኖሪያ አድራሻ
Address: _____

የስልክ ቁጥር የሶሻል ሴኩሪቲ የመጨረሻ አራት ቁጥር
Phone Number: _____ Last 4 digit of Social Security Number _____

የመንጃ ፈቃድ ቁጥር / አገር የመንግስት መታወቂያ ቁጥር
Driving License Number/State _____ Government issued ID _____

ፓስፖርት ቁጥር የተሰጠበት አገር
Passport Number _____ Issuing Country _____

Hebret Mutual Aid Society, Inc-7961 Eastern Ave Ste# 301, Silver Spring, MD 20910-
mail:HMAS2021@Hebret.org

ሁለተኛ ተወካይ

Individual Secondary Designee

የተወካይ ስም _____ ግንኙነት/ዝምድና _____
Name: _____ Relationship: _____

የመኖሪያ አድራሻ _____
Address: _____

የስልክ ቁጥር _____ የሶሻል ሴኩራቲ የመጨረሻ አራት ቁጥር _____
Phone Number: _____ Last 4 digit of Social Security Number _____

የመንጃ ፈቃድ ቁጥር / አገር _____ የመንግስት መታወቂያ / ፓስፖርት _____
Driving License Number/ State _____ Government issued ID _____

ፓስፖርት ቁጥር _____ የተሰጠበት አገር _____
Passport Number _____ Issuing Country _____

ለኅብረት መረዳጃ ማህበር አስተዳደር

እኔ _____ የኅብረት መረዳጃ ማህበር አባል ለመሆን ይህንን ቅጽ ስፈርም የመተዳደሪያ ደንቡንና መመሪያዎችን በማንበብና በመረዳት መብትና ግዴታዎን በሚገባ አውቄ ነው። ከዚህ በላይ ለተጠቀሱት ግለሰቦች ሙሉ ውክልና መስጠቴን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ።

For Hebret Mutual Aid Society, Inc. Board

I _____ agree to be bound by the Bylaws and Membership Manual of the Hebret Mutual Aid Society, Inc, having read and understood all the stated terms and conditions thereof. I confirm with my signature that I have given full power of attorney to the above individuals as my Primary and Secondary designees.

Member Signature _____ **Date** _____

**ለኖታሪ አጠቃቀም ብቻ
For Notary Use only**

Notary Signature: _____
Your Name: _____
Executed this _____ Day of _____, 20 ____
County of _____ State of _____
My commissions Expires: _____

Reviewed by HMAS officer _____

Request status: Approved _____ **Denied** _____