

Ethio Edir  
ኢትዮ ጴዳር

Ethio Edir, P. O. Box 22752, Seattle, WA 98122  
Web: ethioedir.org Email: contact@ethioedir.org Tel: (206) 395-8014

የ ተጠቃሚ ክፍያ ማመልከቻ ቅጽ  
Beneficiary Claim Form

የክፍያው መጠን/ Amount to be paid  
\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
President signature

የሚቸ አባል ስም/Deceased member name

\_\_\_\_\_ First / መጠሪያ ስም      \_\_\_\_\_ Middle / አባት      \_\_\_\_\_ Last / አያት      \_\_\_\_\_ ትውልድ ቀን/DOB

የአባልነት መመዘገቢያ ዓመት/ member since (year) \_\_\_\_\_

የሞት ቀን / Date of death \_\_\_\_\_

የሞት ምክንያት / 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 አድራሻ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

የቀብር 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

የቤት / Home: \_\_\_\_\_ የእጅ / Cell: \_\_\_\_\_

የሰጠሁት መረጃ እውነተኛና ትክክለኛ መሆኑን በፊርማዎ 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 \_\_\_\_\_