Extend-A-Family
Moore Ave 91
Kitchener, ON N2H3S4
invoices@eafwr.on.ca

نموذج سداد قيمة فاتورة
(نموذج تحويل أموال)

Extend-A-Family
WATERLOO REGION

الشخص المدعوم:_____ **اسم العائلة**_____
(الاسم الأول والأخير) (الاسم الأول والأخير)

العنوان _____ EAFWR Coordinator: _____

مصدر التمويل: ☐ خدمات اجتماعية في المنز` SSAH ☐ جواز سفر ☐ عناية مؤقتة محسّنة/MFTD ☐
آخر: _____

التعليمات:

- استخدم دائمًا هذه الصفحة كصفحة أولى لسداد أي فواتير / إيصالات.
- **التواقيع أو الفواتير أو الإيصالات مطلوبة لجميع عمليات السداد.**
- **يجب تقديم جميع المعلومات المصرفية مقدمًا، بما في ذلك مزودي الخدمات.**

اتجاه السداد:

	لمن ندفع؟	الاسم	المبلغ
أ	مجموع قيمة السداد لـ الأسرة:		
ب	مجموع قيمة السداد لـ الشخص المدعوم:		
ج	مجموع قيمة السداد لـ مزود الخدمة (مثل عامل الرعاية المؤقتة الخاص، معسكر، عامل تنظيف، مزود برامج):		
د	مجموع قيمة السداد لـ مزود الخدمة الثاني:		
هـ	مجموع قيمة السداد لـ مزود الخدمة الثالث:		
	مجموع كل حالات السداد	(أ + ب + ج + د + هـ)	

التوقيع:

أقر أنا _____، بموجب هذا الإقرار وأوافق بأن مزود الخدمة (مزودي الخدمات)
(اسم الشخص المدعوم، العائلة، بخط اليد من فضلك)
قدموا هذه الخدمات للشخص المدعوم وفقًا للمبادئ التوجيهية للتمويل.

☐ اوافق على دفع إجمالي الرسوم المشار إليها أعلاه لمزود الخدمة (مزودي الخدمات) مباشرة باستخدام ما يتوفر لديّ من أموال تقوم على إدارتها وكالة EAFWR طبقًا لاتفاقية خدمة التمويل مع وكالة EAFWR. وأوافق أيضًا على أنني سأغطي أي حصة من الرسوم التي تتجاوز التمويل المتوفر.

_____ _____
توقيع الشخص المدعوم / العائلة التاريخ

الشخص المدعوم: _____ **اسم العائلة:** _____

(الاسم الأول والأخير) (الاسم الأول والأخير)

عامل الرعاية المؤقتة / الدعم

تواريخ الخدمة	عدد الساعات	السعر بالساعة	المبلغ مدفوع	عامل الرعاية المؤقتة / الدعم		
				الاسم بخط اليد	رقم الهاتف	التوقيع *
المجاميع						

* أقر وأوافق بأنني مزود خدمة مستقل، وقد قدمت الخدمات على النحو الموضح أعلاه إلى الشخص المدعوم كما هو متفق عليه مع الشخص المكلف، وأتحمل بمفردي المسؤولية عن جودة وملاءمة وسلامة هذه الخدمات. وأوافق كذلك على أنني لست على علاقة عمل مع الشخص المدعوم / المكلف، أو أي كيان آخر فيما يتعلق بالخدمات المقدمة إلى الشخص المدعوم. وأتحمل المسؤولية عن الإبلاغ عن أرباحي الخاصة، والاحتفاظ بسجلات خاصة بي فيما يتعلق بالأموال المحولة إليّ، وإجراء أي تحويلات مالية، ودفع أي ضرائب، والحفاظ على التأمين الخاص بي فيما يتعلق بأي إصابات قد أتعرض لها أثناء تقديم الخدمات. وأوافق بموجب ذلك على إبراء الأشخاص المدعومين / المكلفين وأي وكيل أو وكالة تحويل أموال تدعم الشخص المدعوم أو من المكلف نيابة عنه فيما يتعلق بأي أضرار أو تعويضات عن أي أضرار أو خسائر أو مطالبات أو دعاوى أو غرامات أو عقوبات أو طلبات أو فوائد أو تكاليف أو التزامات ناشئة أو ذات صلة بتقديمي للخدمات. وأقر أيضًا بأنه يجوز للشخص المكلف الذي ينوب عن الشخص المدعوم ان يدفع هذه الفاتورة من خلال الإيعاز لوكالة تحويل الأموال بتحويل الدفع لي نيابة عنه/عنها/عنهم.

الشخص المدعوم_____ **اسم العائلة:** _____

(الاسم الأول والأخير) (الاسم الأول والأخير)

المواصلات (المسافة بالكيلومتر، {حافلة/تاكسي – تمويل جواز سفر فقط})

نوع الخدمة	تواريخ الخدمة	كم	المجموع	مزود الخدمة الاسم بخط اليد	توقيع المستلم ✓
	المجموع				

المعسكر

اسم المعسكر	تواريخ المعسكر	التكلفة	الإيصال المرفق ✓
	المجموع		

رسوم التسجيل للبرامج أو العضوية (الهوكي أو السباحة أو الموسيقى مثلًا)

التسجيلات	تواريخ الخدمة	التكلفة	الإيصال المرفق ✓
	المجموع		

الشخص المدعوم: _____ **اسم العائلة:** _____

(الاسم الأول والأخير) (الاسم الأول والأخير)

خدمات اجتماعية في المنزل (SSAH) أو رعاية مؤقتة محسّنة/MFTD استخدام التمويل فقط، أعمال منزلية خفيفة/أعمال حدائق

نوع الخدمة	**تواريخ الخدمة**	**التكلفة**	مزود الخدمة الاسم بخط اليد	التوقيع أو الإيصال ✓
	المجموع			

استخدام التمويل عن طريق جواز السفر فقط، الأنشطة

نوع النشاط **(أفلام، تذاكر، أحداث مثلًا)**	**تواريخ الخدمة**	**التكلفة**	**الإيصال المرفق ✓**
	المجموع	$	

خدمات اجتماعية في المنزل (SSAH)
جواز السفر