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

نموذج سداد قيمة فاتورة - عينة
(نموذج تحويل أموال)

Extend-A-Family
WATERLOO REGION

اسم الشخصي متلقي التمويل

اسم موفر الرعاية الرئيسي

الشخص المدعوم: **Kelly Moran** (الاسم الأول والأخير)

اسم العائلة: **Benjamin Sarachman** (الاسم الأول والأخير)

العنوان Fake Street, Kitchener, ON 12 **Laura Williams** :EAFWR Coordinator

مصدر التمويل ☒ خدمات اجتماعية في المنزل (SSAH) ☐ جواز سفر ☐ عناية مؤقتة محسّنة/MFTD ☐ آخر: _____

نوع التمويل لهذه المصروفات

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.**

إجمالي ما تدفعه الأسرة مقابل

اتجاه السداد:

	لمن ندفع؟	الاسم	المبلغ
أ	مجموع قيمة السداد لـ الأسرة:	Benjamin Sarachman	$858 مجموع المدفوعات
ب	مجموع قيمة السداد لـ الشخص المدعوم:		$
ج	مجموع قيمة السداد لـ مزود الخدمة (مثل عامل الرعاية المؤقتة الخاص، معسكر، عامل تنظيف، مزود برامج):	Kevin Scala	$225 Direct Pay
د	مجموع قيمة السداد لـ مزود الخدمة الثاني:	Camp Rainbow Sunshine	$500 Direct Pay
هـ	مجموع قيمة السداد لـ مزود الخدمة الثالث:	شخص ذو خبرة في التنظيف	$200 Direct Pay
	مجموع كل حالات السداد	(أ + ب + ج + د + هـ)	$1783

التوقيع:

اسم الشخص الموقع

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.

ضع علامة فقط إذا كانت وكالة EAFWR ستدفع لمزودي الخدمة مباشرة نيابة عنك

☐ 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

يجب إكمال التوقيع

الشخص المدعوم: **Kelly Moran** (الاسم الأول والأخير)

اسم العائلة: **Benjamin Sarachman** (الاسم الأول والأخير)

عامل الرعاية المؤقتة / الدعم

الرجاء كتابة الاسم على كل ورقة يتم إرسالها

تواريخ الخدمة	عدد الساعات	السعر بالساعة	المبلغ مدفوع	عامل الرعاية المؤقتة / الدعم		
				الاسم بخط اليد	رقم الهاتف	التوقيع *
1 - 5 تشرين الأول/أكتوبر	10	$20	$200	Kevin Scala	519 555 1234	Kevin Scala
5 - 10 تشرين الأول/أكتوبر	4	$10	$40	Michelle Guay	519 555 1235	Michelle Guay
5 - 10 تشرين الأول/أكتوبر	4	$15	$60	Grandma Moran	519 555 1236	Grandma Moran
المجاميع	18 ساعة		$300			

دفع مباشر

دفع للعائلة

مجموع الساعات والنفقات لجميع المزودين

* 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.

إذا كنت تستخدم موظفي دعم خاصين فقط، فأرسل فقط الصفحة 1 و 2

الشخص المدعوم: **Kelly Moran** (الاسم الأول والأخير) **اسم العائلة:** **Benjamin Sarachman** (الاسم الأول والأخير)

لمزودي الدعم الخاص

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

نوع الخدمة	تواريخ الخدمة	كم	المجموع	مزود الخدمة الاسم بخط اليد	توقيع المستلم ✓	
المسافة بالكيلومتر	5 - 10 تشرين الأول/أكتوبر	20 @ 0.40	8.00	Michelle Guay	Michelle Guay	دفع للعائلة
المسافة بالكيلومتر	1 - 5 تشرين الأول/أكتوبر	50 @ 0.50	25.00	Kevin Scala	Kevin Scala	دفع مباشر
	المجموع	70 كم	$33.00			

مجموع تكاليف جميع المواصلات

المعسكر

اسم المعسكر	تواريخ المعسكر	التكلفة	الإيصال المرفق ✓	
Camp Rainbow Sunshine	21 - 25 تموز/يوليو، 28 - 31 تموز/يوليو	$500	نعم	دفع مباشر
	المجموع	$500		

مجموع تكاليف جميع المعسكرات

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

التسجيلات	تواريخ الخدمة	التكلفة	الإيصال المرفق ✓	
10 دروس موسيقى	1 - 30 تشرين الثاني/نوفمبر	$500	نعم	دفع للعائلة
عضوية في جمعية الشبان المسيحية لمدة 3 شهور	1 تشرين الأول/أكتوبر - 31 كانون الأول/ديسمبر	$250	نعم	
	المجموع	$750		

مجموع تكاليف جميع البرامج والعضويات والدروس

الشخص المدعوم: **Kelly Moran** (الاسم الأول والأخير)

اسم العائلة: **Benjamin Sarachman** (الاسم الأول والأخير)

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

دفع مباشر

نوع الخدمة	**تواريخ الخدمة**	**التكلفة**	مزود الخدمة: الاسم بخط اليد	مزود الخدمة: التوقيع أو الإيصال ✓
تنظيف المنزل	**1 تشرين الأول/أكتوبر**	**$50**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**
تنظيف المنزل	**7 تشرين الأول/أكتوبر**	**$50**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**
تنظيف المنزل	**14 تشرين الأول/أكتوبر**	**$50**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**
تنظيف المنزل	**21 تشرين الأول/أكتوبر**	**$50**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**	**شخص ذو خبرة في التنظيف**
	المجموع	**$200**		

هذه مصروفات تمويل محددة استخدم فقط المربع لنوع التمويل الخاص بك الآن

استخدام التمويل عن طريق جواز السفر فقط، الأنشطة

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

خدمات اجتماعية المنزلية (SSAH) السفر