



islamiccenterofirvine

طلب للمساعدة

الهاتف: 949-204-0149

ملاحظة: أجب على جميع الأسئلة. لا تترك أي شيء فارغ. إذا لم يكن قابلاً للتطبيق، أكتب "غير منطبق". الطلبات غير كاملة لن يتم قرا.

التاريخ: _____

من فضلك قدم الوثائق التالية مع الطلب:

- (١) رخصة القيادة (٢) الإقرار الضريبي للعام الماضي (٣) نسخة من أحدث شهرين لحساب البنك
- (٤) نسخة من عقد الإيجار (٥) أي وثائق تساعد طلبك

المعلومات الشخصية

إسم مقدم الطلب: _____

تاريخ الميلاد: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

رقم الهاتف (منزل): _____ رقم الهاتف (محمول): _____

رقم الهاتف (عمل): _____ البريد الإلكتروني: _____

عنوان الإقامة: _____

المدينة: _____ رقم المنطقة: _____

وظيفة (الحالية أو الأخيرة): _____

جهة العمل (الحالية أو الأخيرة): _____

عنوان العمل: _____

رقم الهاتف العمل: _____

إسم الزوج/الزوجة: _____

تاريخ الميلاد: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

رقم الهاتف (منزل): _____ رقم الهاتف (محمول): _____

رقم الهاتف (عمل): _____ البريد الإلكتروني: _____

وظيفة (الحالية أو الأخيرة): _____

جهة العمل (الحالية أو الأخيرة): _____

عنوان العمل: _____

رقم الهاتف العمل: _____

أكتب قائمة بأسماء الأبناء والتابعين:

اسم المدرسة	الصف	عمر	جنس	اسم

الدخل الشهري	
دخلك: \$	دخل الزوج/الزوجة: \$
هل تتلقي معونة البطالة? لا نعم	لو أجبت بنعم، كم دخلك? \$ منذ متى؟
معاش الضمان الاجتماعي: \$	طوابع الغذاء: \$
مساعدة من منظمات أخرى \$	
أي مصدر آخر للدخل: \$	
رصيد الحساب الجاري: \$	
رصيد الحساب التوفير: \$	
أكتب قائمة ممتلكاتك و قيمتها (مثلاً، سيارة)	
(1)	\$ _____
(2)	\$ _____
(3)	\$ _____
(4)	\$ _____

المصاريف الشهرية	
خدمات (مثلاً الكهرباء والماء، المتوسط الشهري) \$	الإيجار \$
خدمات طبية (متوسط) \$	الطعام (متوسط) \$

المساعدة المطلوبة

إشرح بإيجاز متطلباتك المادية:

أكتب المساعدات التي تتلقاها من جهات أخرى:

أشهد بان جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة و دقيقة على أساس المعلومات المتوفرة لدي.

توقيع: _____ التاريخ: _____

Zakat Collective

Authorization for Release of Information

Zakat Collective is a local group of non-profit organizations that assists clients with various services leading toward the end goal of self sufficiency. The purpose of the Authorization for Release of Information is for the Zakat Collective to better coordinate services. The form must be completed with an organization staff member during a face-to-face meeting. This form is part of the assessment and intake process and should accompany a **photo ID with date of birth**. This form shall be valid in original, copy, fax or email.

Client Information:

I, _____, authorize the exchange of information between the organization named below and the Zakat Collective organizations. I release all parties involved from liability and responsibility for information related to my case.

(Printed Name of Client)

(Phone Number)

(Complete Address – street number, name, city, state, zip code)

Type of ID and Number (e.g. driver's license, passport, state ID, green card, etc.) – Attach copy

(Signature)

To be completed by Zakat Collective:

(Name of Organization)

(Phone Number)

(Authorized Staff Name)

(Email or Fax Number)

(Date)