

به نام خدا

موسسه خیریه نسیم مهربان جوانه های زندگی

فرم مخصوص متقاضیان چتر زندگی (کفالت)

خیر گرامی، در صورت تمایل به همکاری در طرح چتر زندگی و قبول کفالت یکی از دانش آموزان یا خانواده های تحت پوشش این موسسه، خواهشمند است این فرم را با دقت تکمیل نمایید.

مشخصات متقاضی:

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: _____

جنسیت: زن مرد شغل: _____ تحصیلات: _____

نشانی منزل: _____ نوع تکفل: خانواده دانش آموز

تلفن منزل: _____ شماره تماس فضای مجازی: _____
تلفن همراه: _____ ایمیل: _____

آیا در فعالیت های دیگر موسسه تمایل به همکاری دارید؟
کتابخانه آموزش خیرین مددکاری امور دفتری درمان

از چه طریقی با این طرح آشنا شدید؟
سایت ارتباط مستقیم بروشور واسطه دیگر خیرین
در صورت آشنایی از طریق دیگر خیرین یا واسطه، نام ایشان را بنویسید.

انتخاب دانش آموز/خانواده
انتخاب دانش آموز/خانواده با توجه به اولویت ها و نیازمندی های دانش آموزان و خانواده های تحت پوشش صورت می گیرد. اما در صورتی که ویژگی خاصی در نظر دارید ذکر بفرمایید

اگر فرزند تحت تکفل شما در زمینه ای استعداد ویژه ای داشته باشد، آیا تمایل به همکاری دارید؟
بلی خیر
اگر فرزند تحت تکفل شما دارای مشکل یا اختلال خاصی در زمینه آموزش باشد، آیا تمایل به همکاری دارید؟
بلی خیر

اینجانب توانایی پرداخت تومان در ماه برای شرکت در طرح چتر زندگی موسسه خیریه جوانه های زندگی را دارم

پس از تعیین دانش آموز/خانواده مورد نظر، پرداخت این مبلغ را به صورت ماهیانه سه ماهه سالیانه متعهد می گردم

مدت قبول کفالت: ۱ سال ۲ سال ۳ سال ۵ سال مدت پیشنهادی:

اولین تاریخ پرداخت:

تعهدات کفیل و موسسه:

مبلغ کمک شده برای هر دانش آموز/خانواده با توجه به نیاز خاص آن دانش آموز/خانواده معمولاً در موارد زیر استفاده می شود.

- نوشت افزار
- پوشاک
- لوازم ضروری منزل
- تعمیرات ضروری منزل
- حرفه آموزی
- درمان
- کتاب های درسی و کمک درسی
- رفع اختلالات آموزشی و مشاوره
- کلاس های آموزشی ، ورزشی و هنری
- خرید و انجام بازی های فکری و سرگرمی
- لوازم ضروری اشتغال
- سرویس مدرسه

کفیل متعهد می شود حد اکثر دو روز پس از پرداخت مبلغ مورد نظر، موسسه را از طریق تماس تلفنی یا پیامک آگاه نماید.
چنانچه کفیل به هر دلیل مایل به ادامه طرح چتر زندگی در موسسه نباشد، حد اقل یک ماه پیش از قطع مبلغ ماهانه، می بایست موسسه را مطلع نماید.

تاریخ

امضای متقاضی

این بخش توسط مسئول طرح چتر زندگی تکمیل گردد:

پس از بررسی تقاضای آقای/خانم.....برای همکاری در طرح چتر زندگی و معرفی عزیزان نیازمند به ایشان،

دانش آموز/خانواده.....در تاریخ..... توسط هیات مدیره جهت کفالت متقاضی تایید گردید.

تاریخ:

امضای مسئول طرح تکفل