

HELPING ORPHANS CHANGING LIVES **SPONSORSHIP CONTRACT**

PLEASE COMPLETE THE RELEVANT PARTS OF THIS FORM IN BLOCK CAPITALS AND SEND IT ALONG WITH THE STANDING ORDER FORM TO OUR OFFICE
(يرجى ملئ معلومات الكفيل وإرسالها الى: عنوان مكتب مؤسسة العين للرعاية الإجتماعية في أمريكا)

A. SPONSOR/DONOR INFORMATION / معلومات الكفيل

FULL NAME / الإسم واللقب

ADDRESS / العنوان

ZIP CODE / الرمز البريدي

CITY / المدينة

STATE / الولاية

EMAIL / البريد الإلكتروني

PHONE NUMBER / رقم الهاتف

B. PRIVATE SPONSORSHIP TYPES / أنواع الكفالة الخاصة

I WOULD LIKE TO SPONSOR THE FOLLOWING NUMBER OF ORPHANS

أرغب بكفالة العدد التالي من الأيتام

- | | | | |
|---------------------------------------|-------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. ORPHANS WITH NO SPECIAL NEEDS | \$70 | <input type="checkbox"/> | يتيم عادي |
| 2. ORPHANS WITH SPECIAL MEDICAL NEEDS | \$85 | <input type="checkbox"/> | يتيم من ذوي الإحتياجات الخاصة |
| 3. ORPHANS OF VICTIMS OF TERRORISM | \$85 | <input type="checkbox"/> | أيتام ضحايا الإرهاب |
| 4. ACADEMICALLY GIFTED ORPHANS | \$100 | <input type="checkbox"/> | يتيم متفوق |

START DATE / تاريخ بداية الكفالة / / / MONTHLY PAYMENT / المبلغ المخصص شهرياً \$

SPONSORSHIP LENGTH / مدة الكفالة ANNUALLY / سنوياً

RE-SPONSORING / إعادة كفالة NEW SPONSOR / لأول مرة ADDING AN ORPHAN / إضافة يتيم CLOSING CONTRACT / إنهاء

C. PAYMENT FREQUENCY / تواتر الدفع

MONTHLY / شهرياً QUARTERLY / فصلياً SEMI-ANNUALLY / نصف سنوي ANNUALLY / سنوياً

D. PAYMENT METHOD / طريقة الدفع

*DIRECT DEPOSIT / إيداع في البنك CASH / نقد CHECK / شيك CREDIT CARD / بطاقة إئتمانية

*PLEASE EMAIL A COPY OF THE BANK DEPOSIT RECEIPT TO ORPHAN.SPONSORSHIP@AL-AYN.ORG

* SPONSORSHIPS WILL AUTOMATICALLY RENEW UNLESS NOTICE TO CANCEL IS PROVIDED THREE MONTHS IN ADVANCE

SPONSOR SIGNATURE / توقيع الكفيل DATE / التاريخ / /

THE INFO BELOW IS FILLED BY THE OFFICE

FAMILY CODE رمز العائلة	ORPHAN'S CODE تسلسل اليتيم	ORPHAN NAME / إسم اليتيم	SPONSOR CODE / رمز الكفيل	CEO OF IRAQ BRANCH مصادقة رئيس المؤسسة في العراق DATE / التاريخ / /
1	1			
2	2		OFFICE NOTES / ملاحظات المكتب	
3	3		THE NUMBER & DATE OF THE ARRIVAL رقم وتاريخ الوصل الأولي	BRANCH MANAGER مصادقة رئيس المؤسسة DATE / التاريخ / /
4	4			
5	5			

SPONSORSHIPS WILL AUTOMATICALLY RENEW UNLESS NOTICE TO CANCEL IS PROVIDED THREE MONTHS IN ADVANCE