



የማመልከቻ ምስክርነት
Application Attestation



የተጠቃሚ ስም

WA Cares መታወቂያ ቁጥር

ማመልከቻውን ለማስጀመር አረጋግጠው ፊርማውን ይፈርሙ።

ይህን ማመልከቻ በመፈረም ለWA Cares Fund ጥቅማጥቅም ማመልከት እንዳለብኝ አረጋግጣለሁ። በዋሽንግተን ስቴት ህግ መሰረት፣ በሃሰት ምስክርነት ቅጣት ስር፣ እስከማውቀው ድረስ እውነት እና ትክክለኛ መረጃ እንደምሰጥ እምላለሁ።

በፋይል ላይ የወቅቱ ተወካይ ሰነድ ከሌለ በስተቀር ሁለቱም አመልካቾች እና ህጋዊ ተወካዮቹ መፈረም አለባቸው። አመልካች መፈረም ካልቻለ፣ በ X ምልክት ሊያደርጉ ይችላሉ።

የአመልካች መረጃ

| | | |
|-----------------------|----|---------|
| የአመልካች ፊርማ | ቀን | የተጻፈ ስም |
| የሕግ ተወካይ ፊርማ | ቀን | የተጻፈ ስም |
| የምስክር ፊርማ (በ X ከተፈረመ) | ቀን | የተጻፈ ስም |