



WORLD SUBUD ASSOCIATION  
GROUPE d'ENTRAIDE de SUBUD  
SECRETARIAT du SECOURS MUTUEL DE SUBUD

Pour remplir le formulaire, veuillez consulter le *guide*.

Le formulaire doit être rempli le plus exactement et le plus honnêtement possible. (il y a eu des cas où les informations étaient inexactes.) Veuillez donner suffisamment de détails. Soyez clairs et précis en remplissant le formulaire. Écrivez en majuscules et très clairement.

This form can be completed in English. Este formulario es disponible en español.

**Secours Mutuel De Subud**  
**FORMULAIRE DE DEMANDE**  
Confidentiel

**PREMIÈRE PARTIE: L'AIDE CONTACT DU GROUPE SES COORDONNEES**

L'AIDE DU GROUPE	
Nom:	_____
Adresse:	_____ _____
Courriel E-mail:	_____ Group _____
Téléphone et Fax:	_____
	<i>(Important de le donner. Il faut que vous donniez une adresse de courriel de votre pays pour que nous puissions faire des virements par l'intermédiaire de Western Union. N'importe quelle adresse de courriel est valable.)</i>
POSTULANT	
Nom légal complet:	_____
Nom Subud:	<i>(si différent)</i> _____
Adresse:	_____ _____

SUR UNE PAGE SÉPARÉE, veuillez nous donner la situation financière de notre frère ou sœur et les circonstances qui font qu'il ou elle fait une demande. **Donnez suffisamment de détails et assurez-vous de la véracité des faits.** Le manque d'informations ou des explications peu claires apporteront des retards dans le processus de décision, puisque le *Secours mutuel de Subud* devra demander d'autres informations pour compléter le dossier.

Veuillez confirmer que toutes les autres possibilités pour obtenir de l'aide financière ont été explorées et qu'aucune autre demande n'a été faite par ce frère ou cette sœur, à son nom, sous un autre nom, ou par un membre de sa famille. Si le/la postulant/e a déjà fait une demande, prière de le mentionner.

AIDE ADDITIONALE: Le cas échéant, quel soutien le postulant reçoit-il de son groupe ou d'autres personnes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TESTING: Veuillez indiquer si les tests étaient favorables à ce que le postulant fasse une demande au *Secours mutuel de Subud* pour recevoir du soutien financier. (Veuillez indiquer combien d'aides ont participé aux tests et le nombre d'aides qui ont reçu une réponse favorable.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DEUXIÈME PARTIE: CONCERNANT LA SOMME DEMANDEE

Montant demandé (en devises locales): \_\_\_\_\_ USD

Nom de l'aide local à qui l'argent doit être envoyé: \_\_\_\_\_

Sous quelle forme l'argent doit-t-il être versé ? (Chèque, virement, etc.): \_\_\_\_\_

BANQUE Nom: \_\_\_\_\_

Code de la filiale: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Nom du détenteur du compte: \_\_\_\_\_

Numéro de compte: \_\_\_\_\_

## LA TROISIEME PARTIE: AIDES SIGNÉ

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ par au moins deux aides, de préférence par trois aides, qui ont examiné la situation du/de la postulant/te et qui étaient favorables à la transmission du dossier à GEdeS et dont les tests ont clairement montré qu'ils étaient positifs. Veuillez écrire en majuscules vos noms et signer. Merci de votre coopération. GEdeS vous remercie beaucoup du soutien que vous lui donnez en remplissant votre fonction. Que dieu vous bénisse.

Nom du Premier Aide: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du Deuxième Aide: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du Troisième Aide: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**LA QUATRIÈME PARTIE: À REMPLIR PAR LE REPRESENTANT de GEDES ou LE CONSEILLER SPIRITUEL**

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE CONTRESIGNÉ par un représentant de *GEdeS*. s'il n'y a pas de représentant de *GEdeS*, demandez au conseiller spirituel national de confirmer qu'il/elle a revu la demande et qu'à la suite de tests le/la conseiller/e est d'accord pour faire suivre la demande à *GEdeS*.

UN RAPPEL FRATERNEL: il faut que le représentant ou le conseiller spirituel soit notre principal contact pour nous assurer que l'argent a été reçu et qu'il a été utilisé pour les raisons stipulées dans la demande. Idéalement, le conseiller spirituel ou le représentant de *GEdeS* devrait être facilement accessible par courriel. Il serait également important que le représentant fasse savoir que l'argent a bien été reçu et qu'il a été utilisé selon les besoins stipulés dans la demande. Il est possible que rayner vous appelle pour parler de la situation avant les tests ou pour suivre le dossier après l'approbation du dossier et l'envoi de l'argent.

Nom: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Adresse de Courriel: \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone: \_\_\_\_\_

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli au représentant de GEdeS ou au conseiller spirituel pour qu'il remplisse le formulaire. C'est au représentant de GEdeS ou au conseiller spirituel d'envoyer la demande par fax à:

Sarah Becker  
COORDINATEUR *for the* SUBUD EMERGENCY FUND  
2326 May Flower, Providencia  
Santiago  
Chile  
Phone: +56-2-474-6661  
[sarahpauli@yahoo.com](mailto:sarahpauli@yahoo.com)

Ou si vous avez d'autres questions, prière de communiquer par courriel, poste ou phone avec:

Annabella Ashby  
COORDINATEUR *du* SECOURS MUTUEL DE SUBUD  
Loudwater Farm; Loudwater Lane  
Rickmansworth WD3 4HG  
United Kingdom  
Phone: +44 7814 198 807  
[annabella.ashby@gmail.com](mailto:annabella.ashby@gmail.com)