

# PATENSCHAFT – MITGLIEDSCHAFT IM VEREIN KIFafa E.V.



## Patenschaft für ein epilepsiekrankes Kind/Waisenkind

Mit Ihrer Patenschaft ermöglichen Sie es einem Kind die Schule besuchen zu können, eine Ausbildung zu absolvieren und sich persönlich weiterzuentwickeln.

Mit Ihrer Unterstützung sichern Sie die Gesundheit des Kindes und tragen dazu bei die wirtschaftliche und soziale Situation, sei es zu Hause oder im Waisenhaus, zu stabilisieren.

## Patenschaft für das Soziale Zentrum in Kendu Bay

Mit einer Patenschaft für das Soziale Zentrum sichern Sie die notwendigen Unterhaltsleistungen, wie: Löhne der Angestellten, Reparaturen, Lebensmittel, Haushalts- u. Hygieneartikel, Elektrizität, Tierversorgung, Acker- und Gartenbau sowie Auszubildende im Gartenbau. Seit 2024 betreuen wir alleinerziehende, traumatisierte junge Mütter. Sie wohnen in unserem Zentrum, werden betreut, finden Stabilität und können sie eine neue Lebensperspektive aufbauen.

## Patenschaft für das Essensprogramm in Kendu Bay

Von Montag bis Freitag kommen ca. 50 hungrige Kinder aus der Nachbarschaft des Sozialen Zentrums zum kostenlosen Mittagessen und der Nachmittagsbetreuung zu uns.

Mit Ihrer Hilfe können Sie direkt gegen den Hunger wirksam werden. Ein Mittagessen kostet ca. 0,70 Euro.

## Patenschaft für unser Medikamentenprogramm

Kifafa beliefert vier Epilepsieambulanzen in Kenia mit Medikamenten. Epilepsiekranke Kinder und Erwachsene erhalten hier, wenn notwendig, eine kostenlose Versorgung mit Antiepileptika.

Anfallsfreiheit oder auch weniger Anfälle erhöhen die persönliche Freiheit der Menschen und schützt sie vor Ausgrenzungen.

Oftmals gelingt wieder eine Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

## Patenschaft für das TrainingCenter im Waisenhaus

Seit 2019 haben junge Frauen und alleinerziehende Mütter die Möglichkeit im Waisenhaus eine „Ausbildung“ in Schneidern, Nähen und Körbe flechten zu absolvieren. Junge Männer können sich in Garten- und Feldarbeit, Viehzucht, Imkerei und Baumkunde unterrichten lassen. Das TrainingCenter ist für die Jugendlichen gedacht, die keine reguläre Ausbildung absolvieren können

## Mitgliedschaft im Verein Kifafa e.V.

Mit Ihrem Beitritt zu dem Verein Kifafa unterstützen Sie die notwendigen Verwaltungsaufgaben. Sie erhalten jährlich die aktuelle Informationsbroschüre „Unterm Akazienbaum“.

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

Ich übernehme eine Patenschaft von monatlich  20 Euro  25 Euro  30 Euro  ..... Euro oder halbjährlich/ jährlich .....

Euro

für ein epilepsiekrankes Kind/Waisenkind  für das Medikamentenprogramm

für das soziale Zentrum in Kendu Bay

für das Essensprogramm (ab 10 Euro/Monat)

für das TrainingCenter

Erste Zahlung am .....

Ich erkläre meinen Beitritt zum Verein Kifafa e.V. für 30 Euro/Jahr ab dem Jahr .....

Ort/Datum

Unterschrift

bitte wenden!

Zahlung per Überweisung/Dauerauftrag auf das Kifafa e.V.-Konto:

Sparkasse Hanauerland

BIC SOLADES1KEL

IBAN DE53 6645 1862 0000 0662 00

- Zahlung per Einzugsermächtigung** (*Kündigung ist jederzeit möglich, aber vier Wochen vor der nächsten vorgesehenen Zahlung schriftlich dem Vorstand mitzuteilen*)

Füllen Sie bitte das unten stehende Formular aus :

**SEPA-Lastschriftmandat - SEPA Direct Debit Mandate**

Name des Zahlungsempfängers: Kifafa e.V.  
Anschrift des Zahlungsempfängers : Fischergasse 1 D 77743 Neuried

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00001100558

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): .....

Ich ermächtige(Wir ermächtigen) Kifafa e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Kifafa e. V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

- monatlich / halbjährlich/ jährlich ..... Euro für eine Patenschaft.
- Jährlich 30 Euro für den Mitgliedsbeitrag (Zahlung im Oktober)

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):** .....

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Straße und Hausnummer:.....

Postleitzahl und Ort: ..... Land: .....

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):  
.....

BIC (8 oder 11 Stellen):  
.....

Datum (TT/MM/JJJJ): ..... Unterschrift( des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

**Die von Ihnen uns mitgeteilten Daten werden ausschließlich intern verwendet!**

**Natürlich freuen wir uns auch über Einmal Spenden! Asante sana.**