Президенту Благотворительного фонда «Милосердие»

Хренову С. К.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О.)

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление для обращения в Благотворительный фонд «Милосердие».**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. матери, отца, опекуна/инвалида)

мама/отец/опекун\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

прошу Благотворительный фонд «Милосердие» предоставить благотворительную помощь для моего сына/дочери/опекаемого/меня(дата рожд) в связи с необходимостью

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(проведения операции/лечения/реабилитации, приобретения ТСР и т.д.)

согласен (согласна) на публикацию информации в СМИ и сети Интернет о моём ребёнке, включая его имя, фамилию, отчество, фотографии, видеообращения, диагноз, всех переданных мной данных, составляющих врачебную тайну, медицинских выписок, приглашений на лечение и фотографий, сведения о личных качествах ребёнка и социальном положении нашей семьи, а также рисунков и прочих творческих работ на сайте vmilosti.ru и других сайтах, социальных сетях в сети Интернет, печатных изданиях, радио, телевидения, информационных материалах (объявлениях, буклетах, листовках и т.д.), распространение информационных материалов в общественных местах в целях сбора денежных средств.

Согласен (согласна), что, если я откажусь от помощи или если собранная сумма окажется больше указанной, или будет оплачена из иного источника, фонд вправе использовать собранных фондом средства для других нужд фонда, в рамках уставной деятельности фонда.

Обязуюсь своевременно информировать Благотворительный фонд «Милосердие» о любых изменениях в жизнь нашей семьи, касающихся указанного заявления.

Обязуюсь предоставлять фонду всю информацию о собранных средствах и их использования. Гарантирую исключительно целевое расходование средств.

При получении материальной помощи после пройденного курса лечения (реабилитации), а также другой благотворительной помощи, обязуюсь предоставить в Благотворительный фонд «Милосердие» отчёт о целевом использовании денежных средств, с приложением копий расходных документов. В случае непредоставления документов в указанных сроки, предупрежден(-а) о возможности передачи фондом информации о выплаченной материальной помощи в налоговые органы.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Расшифровка подписи Дата

**Настоящим Заявитель подтверждает, что:**

1. Лечение не оплачивается из других источников;
2. Он ознакомлен и согласен с условиями Положения о Благотворительной программе «Милосердие», Приложениями к нему и публичной Офертой;
3. Представленные им в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат достоверную информацию;
4. В случае ухудшения состояния здоровья Ребенка вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления средств, необходимых для оплаты лечения и (или) изделий медицинского назначения, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
5. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка вплоть до смертельного исхода, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
6. При необходимости он готов принимать участие в мероприятиях, в том числе на ТВ, радио и иных СМИ, направленных на сбор пожертвований на лечение Ребенка либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении Ребенком лечения с помощью Программы; ***Отказ*** от участия в мероприятиях Фонда, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка, может служить причиной отказа в предоставлении помощи по Заявлению.
7. Обязуется ***предоставить копию выписного эпикриза*** из Медицинской организации, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, ***в течение 3 (трех) рабочих*** дней после окончания лечения;
8. Обязуется ***в течение 3 (трех) дней сообщать*** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских изделий (услуг), подлежащих финансированию по Программе, из иных источников;
9. Дает согласие на обработку Благотворительным фондом помощи детям и инвалидам «Милосердие», находящимся по адресу: 127224, г. Москва, ул. Северодвинская, д. 19, пом. 459, своих персональных данных и персональных данных Ребенка, а именно — фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, адреса, телефонов, паспортных данных, информации о состоянии здоровья, фотоматериалов. Обработка персональных данных производится с целью предоставления благотворительной помощи, для информирования общественности (третьих лиц) о необходимости лечения Ребенка, для привлечения средств на лечение Ребенка, для информирования Доноров о результатах лечения Ребенка, а также последующего предоставления отчетности уполномоченным органам и Донорам и может производиться в форме сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), передачи (распространения, предоставления, доступа), использования, блокирования и уничтожения указанных персональных данных в течение срока Программы и в течение 5 (пяти) лет с даты окончания реализации Программы Фондом. По истечении указанного срока персональные данные подлежат уничтожению Фондом в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Заявитель также подтверждает право Фонда предоставить доступ неограниченного круга лиц к персональным данным Заявителя и Ребенка (включая фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адреса, телефоны, паспортные данные, информацию о состоянии здоровья, фотоматериалы), в том числе путем опубликования этих данных на сайте Фонда и на других сайтах в сети Интернет. Заявитель также подтверждает право Фонда передавать персональные данные Заявителя и Ребенка (включая фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адреса, телефоны, паспортные данные, информацию о состоянии здоровья, фотоматериалы) третьим лицам. Заявитель имеет право отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем направления письма в электронной форме сотруднику Фонда. После получения письма с отзывом согласия на обработку персональных данных Фонд уничтожит персональные данные Заявителя и Ребенка в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись);

**Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:**

Фактический адрес (с указанием индекса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Также подтверждаю, что настоящее Заявление подписано мной добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера, что мне понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем Заявлении, а также все проистекающие из них мои обязательства и действия.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ФИО полностью и подпись Заявителя)***

**Для рассмотрения Заявления прилагаются следующие документы (отметьте любым знаком):**

* *Счет Медицинской организации* на оплату лечения Ребенка с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Плательщика, и\или *счет Поставщика* на оплату медицинских изделий, включенных в Программу, необходимых для проведения лечения Ребенка;
* Копия паспорта Заявителя (только 2-й и 3-й страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
* СНИЛС Заявителя;
* Копия свидетельства о рождении Ребенка (для детей всех возрастов, в т.ч. старше 14 лет);
* Копия паспорта Ребенка — *для детей старше 14 лет* (только 2-й и 3-й страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
* СНИЛС Ребенка старше 14 лет;
* Копия документа, подтверждающего отношения между Заявителем и Ребенком: решение суда или органов опеки, а также выписка из приказа о назначении Заявителя директором государственного учреждения *(в случае опеки, попечительства, усыновления)*;
* Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении);
* Фотографии Ребенка;
* Выписка из истории болезни, медицинское заключение за последний год;
* Документы, подтверждающие все виды доходов семьи:
* Справки о пенсии, пособиях, выплатах;
* Справка о зарплате или 2-НДФЛ за 6 месяцев;
* Документы, подтверждающие статус семьи (многодетные, малоимущие и др.).
* Справка МСЭ( при наличии);
* Реквизиты банковского счета (для детей – счета, открытого на родителей);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Расшифровка подписи Дата