**Для будущих подопечных РБФ «Благо Дарю» по программе «Адресной помощи детям и молодежи с тяжелыми заболеваниями»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Прежде чем подавать документы давайте ответим на несколько вопросов:

* Вы проживаете на территории ХМАО - Югры?
* Ваш ребенок в возрасте до 25 лет?
* У вас есть заключение медико-социальной экспертизы?
* Вы хотите получить помощь на территории РФ?
* Сумма сбора не превышает 150 000 рублей?

Если на все вопросы вы ответили да, тогда переходим к документам.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Направляете ОТСКАНИРОВАННЫЙ пакет документов на почту фонда dariblago@yandex.ru
2. В течение 5 рабочих дней вы получите ответ по электронной почте от менеджера проектов.
3. В случаи одобрительного решения по вашему заявлению менеджер проектов пришлет вам памятку, с которой должны быть ознакомлены все представители будущих подопечных фонда.

**СПИСОК ДОКУМЕНТОВ:**

□ Заявление – оригинал (Приложение 1);

□ Согласие на обработку персональных данных (заполняется законным представителем) – оригинал (Приложение 2);

□ Справка о полном диагнозе, рекомендации лечения по выбранному направлению и отсутствии противопоказаний к прохождению реабилитации на текущую дату;

□ Счет на оплату лечения, выписанный клиникой с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Плательщика, и\или счет Поставщика на оплату медицинских изделий, необходимых для проведения лечения гражданина;

□ Копия паспорта Заявителя, все заполненные страницы;

□ Копия свидетельства о рождении (для детей до 14 лет), копия паспорта гражданина — для детей старше 14 лет, все заполненные страницы;

□ Копия документа, подтверждающего отношения между Заявителем и гражданина: решение суда или органов опеки;

□ Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении);

□ Справка о доходах с места работы Заявителя за последние три месяца, если не работает – копия трудовой книжки, если состоите на учете в службе занятости – справка из центра;

□ Свидетельство о расторжении брака или свидетельство о смерти (если семья не полная);

□ Копия последнего медицинского заключения (выписка) с диагнозом на бланке клиники, с подписью врача и печатью;

□ Подробная медицинская выписка, содержащая назначение вида лечения, услуги и иные медицинские предметы, в оплате которых нуждается обратившийся, с подписью врача и печатью;

□ Справка МСЭ (медико-социальной экспертизы) подтверждающая инвалидность;

□ Копия обращения и отказа в помощи из органов соц. защиты, Министерства здравоохранения РФ и региона (просьбы об оплате средств реабилитации, инсулиновых ламп, слуховых аппаратов, лекарств);

□ История заболевания в формате Word;

□ Индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА) (только для ТСР (технических средств реабилитации);

□ Цветные фотографии не менее 5 штук, не паспортные, сделанные не более двух календарных лет назад.

Вы всегда можете связаться с нами:

На электронную почту всегда можно написать в любое время dariblago@yandex.ru

Позвонить в фонд и уточнить любые вопросы: +7 (3462) 28-47-12, +7 (3462) 28-41-02

Мы работаем с понедельника по пятницу с 10.00 до 18.00

**Приложение № 1**

к Благотворительной программе

 "Адресная благотворительная помощь детям и молодёжи с тяжёлыми заболеваниями"

**Заявление на включение в благотворительную программу**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**  |  |
|  | **(Ф.И.О. полностью)** |
| паспорт № |  | дата выдачи: |  |
| выдавший орган: |  |
|  | код подразделения: |  |
| адрес места жительства: |  |
|  |

**прошу предоставить адресную благотворительную помощь для моего:**

[ ]  сына [ ]  дочери [ ]  подопечного (-ой)

|  |
| --- |
|  |
| **(Ф.И.О. Благополучателя полностью)** |
| Дата рождения Благополучателя: |  |

в рамках благотворительной программы "Адресная благотворительная помощь детям и молодёжи с тяжёлыми заболеваниями " для*:*

[ ]  оплаты обследования [ ]  оплаты лечения; [ ]  оплаты приобретения лекарственных препаратов, расходных материалов для проведения операций, медицинской техники, изделий медицинского назначения, оборудования для проведения лечения и реабилитации;

**К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы:**

□ Заявление – оригинал;

□ Согласие на обработку персональных данных (заполняется законным представителем) – оригинал;

□ Справка о полном диагнозе, рекомендации лечения по выбранному направлению и отсутствии противопоказаний к прохождению реабилитации на текущую дату;

□ Счет на оплату лечения, выписанный клиникой с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Плательщика, и\или счет Поставщика на оплату медицинских изделий, необходимых для проведения лечения гражданина;

□ Копия паспорта Заявителя все заполненные страницы;

□ Копия свидетельства о рождении гражданина (для детей до 14 лет), копия паспорта гражданина — для детей старше 14 лет, все заполненные страницы;

□ Копия документа, подтверждающего отношения между Заявителем и гражданина: решение суда или органов опеки;

□ Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении);

□ Справка о доходах с места работы Заявителя за последние три месяца, если не работает – копия трудовой книжки, если состоите на учете в службе занятости – справка из центра;

□ Свидетельство о расторжении брака или свидетельство о смерти (если семья не полная);

□ Копия последнего медицинского заключения (выписка) с диагнозом на бланке клиники, с подписью врача и печатью;

□ Подробная медицинская выписка, содержащая назначение вида лечения, услуги и иные медицинские предметы, в оплате которых нуждается обратившийся с подписью врача и печатью;

□ Справка МСЭ (медико-социальной экспертизы) подтверждающая инвалидность;

□ Копия обращения и отказа в помощи из органов соц. защиты, Министерства здравоохранения РФ и региона (просьбы об оплате средств реабилитации, инсулиновых ламп, слуховых аппаратов, лекарств);

□ История заболевания в формате Word;

□ Индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА) (только для ТСР (технических средств реабилитации);

□ Фотографии, цветные, не менее 5 штук, не паспортные, сделанные не более двух календарных лет назад);

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

|  |  |
| --- | --- |
| Почтовый адрес: |  |
|  |
| Мобильный тел.:  |  | Домашний тел.: |  |
| Электронная почта: |  |

Настоящим подтверждаю, что

1. Предоставленные мной в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию.
2. В случае принятия положительного решения о предоставлении адресной благотворительной помощи на лечение и реабилитацию моего ребенка (подопечного) даю разрешение на использование и публикацию (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) фотоматериалов и иных материалов о моем ребенке (подопечном), в том числе подтверждающих состояние его здоровья и прохождение ребенком лечения, как РБФ «Благо Дарю», так и третьими лицами.
3. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния ребенка (подопечного) никаких претензий к Фонду, не имею.
4. При необходимости готов(а) принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка и реабилитацию, либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении лечения ребенком, через полгода и год после оказания помощи готов(а) сообщить о состоянии ребенка и выслать фото ребенка.

|  |
| --- |
|  |
| **(Ф.И.О. полностью и дата подписания)** |

**Приложение № 2**

к Благотворительной программе

 "Адресная благотворительная помощь детям и молодёжи с тяжёлыми заболеваниями"

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**  |  |
|  | **(Ф.И.О. полностью)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| паспорт № |  | дата выдачи: |  |
| выдавший орган: |  |
|  | код подразделения: |  |
| адрес места жительства: |  |
|  |

являясь законным представителем ([ ]  отец [ ]  мать [ ]  опекун [ ]  попечитель) своего

несовершеннолетнего [ ]  сына [ ]  дочери [ ]  подопечного, далее по тексту "Благополучатель":

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. Благополучателя полностью) |
| Дата рождения Благополучателя:  |  |

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю свое согласие **Региональному благотворительному фонду помощи детям и молодёжи с тяжёлыми заболеваниями «Благо Дарю»** на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным законом, моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи, а именно: фамилия, имя, отчество, адрес регистрации и фактического места проживания, телефона, место рождения, даты, месяца и года рождения, гражданства, данные документа удостоверяющего личность, ИНН, номера страхового пенсионного удостоверения, СНИЛС, медицинского диагноза, полного анамнеза, состояния здоровья, иной медицинской информации, содержащейся в документах предоставляемых в Фонд, образования, профессии, фактах биографии, сведения о личных качествах, сведения о социальном положении семьи, фото- и видеоизображения, изображения рисунков и иных творческих работ Благополучателя и иных данных и документов, предусмотренных действующим законодательством. Дополнительно даю согласие на размещение указанных данных в СМИ, на сайте Фонда в сети Интернет ([www.dariblago.ru](http://www.dariblago.ru)), на страницах Фонда в социальных сетях, в выпускаемых Фондом или при его поддержке печатных материалах (объявлениях, буклетах и т.п.).

Целью обработки Фондом персональных данных является:

* осуществление благотворительной деятельности, направленной на оказание материальной и иной поддержки Благополучателя;
* организации сбора денежных средств для оплаты лечения Благополучателя, закупке и предоставлении медицинского оборудования, лекарственных средств и предоставлении иной благотворительной помощи Благополучателю;
* координации оказания медицинской помощи с лечебными учреждениями и иными третьими лицами (в процессе обработки Фонд имеет право передавать Персональные данные третьим лицам, если это необходимо для достижения целей обработки и при условии соблюдения такими третьими лицами конфиденциальности и безопасности Персональных данных);
* составления и распространения отчетов об использовании пожертвований, а также для ведения документооборота Фондом.

 Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение 75 лет (для соблюдения требований Федерального закона от 22.10.2004г. №125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации).

 Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления Фонду соответствующего письменного заявления по адресу: 628416, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, ул. Декабристов, д.15.,с копией на электронную почту dariblago@yandex.ru.

 В случае отзыва настоящего согласия Фонд обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить их в срок, не превышающий 14 рабочих дней с даты поступления заявления об отзыве.

 Окончание срока действия настоящего согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных, в том числе для публикаций, начиная с даты прекращения действия согласия, но не распространяется на публикации уже размещенные Региональным благотворительным фондом помощи детям и молодёжи с тяжёлыми заболеваниями «Благо Дарю» до даты прекращения действия Согласия.

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. полностью, дата подписания) |