**Приложение № 7**

к Благотворительной программе

 "Адресная благотворительная помощь детям и молодёжи с тяжёлыми заболеваниями"

**Заявление о предоставлении благотворительной помощи**

**Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (полные – фамилия, имя, отчество)

Паспорт (серия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу оказать благотворительную помощь моему ребёнку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ФИО, дату рождения)

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

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

(указать причину обращения за помощью в Фонд: приобретение ТСР, лекарственных средств, проч.)

**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;

□ 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)** |