Приложение No1 к Благотворительной программе «Марафон «Ты нам нужен!»

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется сотрудником Фонда)

Исполнительному директору

Благотворительного фонда Калининградской области

«Берег надежды» Радзывилюк Е.П.

**Заявление**

**о предоставлении благотворительной помощи в рамках благотворительной программы Марафон «Ты нам нужен!**

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее — Заявитель), паспорт (серия) \_\_\_\_\_\_\_\_ (номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу предоставить благотворительную помощь на лечение моего сына/дочери/опекаемого(-ой) (ФИО ребенка в именительном падеже)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения), (далее — Ребенок) в рамках благотворительной программы «Марафон «Ты нам нужен!».
Я подтверждаю, что проинформирован о том, что договор о предоставлении благотворительной помощи (пожертвования) на условиях благотворительной программы «Марафон «Ты нам нужен!» заключается между Фондом, Заявителем, в отношении которого принято решение о предоставлении благотворительной помощи, и организацией, оказывающей Заявителю медицинскую помощь, и/или медицинские услуги и/или поставляющей Заявителю специальное медицинское оборудование и/или лекарственные препараты. Фонд оплачивает медицинские услуги и/или медицинское оборудование и/или лекарственные препараты исключительно организации, оказывающей Заявителю медицинскую помощь, и/или медицинские услуги и/или поставляющей Заявителю специальное медицинское оборудование и/или лекарственные препараты.
К настоящему Заявлению прилагаются следующие документы (отметьте любым знаком):

* □  Письмо-обращение, в котором изложена общая информация.
* □  Копия паспорта Заявителя.
* □  Копия свидетельства о рождении Ребенка (для детей всех возрастов, даже старше 14 лет);
* □  Копия паспорта Ребенка — для детей 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);
* □  Копия свидетельства об инвалидности Ребенка (при наличии).
* □  Копии последних медицинских выписок, подтверждающих диагноз и необходимость получения лечения, медицинского оборудования или медицинских препаратов, о которых прошу в письме с указанием ФИО и телефона лечащего врача.
* □  Счет лечебного учреждения на оплату лечения Ребенка и/или счет поставщика на оплату изделий (материалов) медицинского назначения или услуг, необходимых для проведения лечения Ребенка, или лекарственных препаратов;
* □  2 фотографии Ребенка с четким изображением, сделанные не более 6 месяцев назад.

**Настоящим Заявитель подтверждает, что:**

1.Он ознакомлен и согласен с условиями благотворительной программы «Марафон «Ты нам нужен!», с Офертой Благотворительного фонда Калининградской области «Берег надежды».

2.Представленные им в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат достоверную информацию;

3.В случае ухудшения состояния здоровья Ребенка вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления средств, необходимых для оплаты лечения и (или) изделий (материалов) медицинского назначения, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Фонда;

4.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 Фонда;

5.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 лечения Ребенком;

6.Обязуется предоставить копию выписного эпикриза из лечебного учреждения, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3 (трех) рабочих дней после окончания лечения и отзыв о полученной помощи в письменном виде или копию накладной на поставку медицинского оборудования или медицинских препаратов;

7.Обязуется своевременно сообщать об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских изделий (услуг) из иных источников;

8.Дает согласие на обработку Благотворительным фондом Калининградской области «Берег надежды» 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 5 лет с даты оказания помощи 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, в том числе находящимся на территории государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов персональных данных. 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.

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

Адрес для переписки (с указанием индекса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Домашний телефон (с кодом города): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рабочий телефон (с кодом города): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Настоящим я 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)