(заполняется собственноручно)

Директору Благотворительного фонда

помощи больным детям

«Бумажный журавлик»

Зиборовой К.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о предоставлении благотворительной̆ помощи в соответствии с благотворительной программой̆ "Бумажный журавлик" (название программы): «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

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

Я, (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Заявитель), паспорт (серия) \_\_\_\_\_\_\_\_ (номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан (кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­ (когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код подразделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу предоставить благотворительную помощь в виде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_для сына/дочери/опекаемого(ой) – нужное подчеркнуть

ФИО ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (далее - Ребенок), в рамках программы БФ «Бумажный журавлик» (название программы): «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы (отметьте любым знаком):

1. Паспорта обоих родителей (главный разворот, прописка, дети), если семья полная. Если семья не полная, то паспорт родителя, с которым живет ребенок, и свидетельство о разводе.
2. Заявление.
3. Подписанная, на каждой странице, Программа Фонда (выбрать ту программу, по которой вы просите помощь).
4. Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной̆ в свидетельстве о рождении Ребенка).
5. Копия свидетельства о рождении Ребенка (для детей всех возрастов, в т.ч. старше 14 лет)
6. Копия паспорта Ребенка (для детей старше 14 лет). Обратите внимание, что помимо первого разворота (с фотографией) требуется также копия страницы паспорта с отметкой о последнем месте регистрации.
7. 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). Если Ребенок является для Вас родным или усыновленным, никаких дополнительных документов не требуется.
8. Копия последнего медицинского заключения с диагнозом, на бланке клиники, с подписью врача и печатью.
9. Копия заключения специалиста лечебного учреждения, где планируется провести лечение ребенка, с указанием диагноза, метода лечения и необходимых товаров (материалов) медицинского назначения.
10. Счет на лечение (лекарства, средства реабилитации), выписанный клиникой, с банковскими реквизитами.
11. Справки 2-НДФЛ и копии трудовых книжек обоих родителей, если семья полная. Если семья не полная, то родителя, с которым живет Ребенок. Вместо этих документов можно предоставить справку о том, что семья имеет статус малоимущей, сроком не позднее 3х месяцев на момент обращения.
12. Свидетельство о расторжении брака (для матерей-одиночек).
13. Справка об инвалидности.
14. Фотография Ребенка хорошего качества не менее 3 штук (портрет, полный рост, общий план).
15. Письмо от Заявителя в **текстовом документе**. Опишите вашу проблему. Наша задача донести до людей ваше горе, чтобы они имели представление о вашей беде и понимали, как и чем они могут вам помочь.
16. Заполнить анкету Ребенка в **текстовом документе** и прикрепить к письму.
17. Ссылки на группы помощи в социальных сетях.

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

(ФИО полностью и подпись Заявителя) (дата)

Настоящим Заявитель подтверждает, что:

1. Он ознакомлен и согласен с условиями Благотворительной̆ программы Фонда «Бумажный журавлик"» (название программы).

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

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 товаров (материалов) медицинского назначения, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления не имеет к БФ " Бумажный журавлик" никаких претензий.

4. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой̆ ухудшение состояния Ребенка вплоть до смертельного исхода, не имеет к БФ " Бумажный журавлик" никаких претензий.

5. При необходимости Заявитель и Ребенок, которому требуется помощь, готовы 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 выбранной Программы. Отказ от участия в мероприятиях Фонда "Бумажный журавлик" направленных на сбор пожертвований на лечение Ребенка, может служить причиной отказа в предоставлении помощи Фондом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись).

6. Он обязуется предоставить копию выписного эпикриза из лечебного учреждения, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3 (трех) рабочих дней̆ после окончания лечения.

7. Он 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.

8. Он согласен с тем, что, если в течении 3 (трех) дней не сообщает об изменениях, указанных в пункте 7 настоящего Заявления, Фонд имеет право отказать в благотворительной помощи и все собранные средства, будут переданы на лечение другим детям, находящимся на сборах в Фонде «Бумажный журавлик».

8. Он согласен с тем, что все средства, собранные свыше необходимой суммы, будут переданы на лечение другим детям, находящимся на сборах в Фонде «Бумажный журавлик».

9. Заявитель согласен с тем, что собранные средства (пожертвования) в рамках благотворительного сбора по Заявлению должны быть использованные в течении одного года после их зачисления на счет Фонда. Если собранные средства (пожертвования) не были использованные в течении года по запрашиваемой благотворительной помощи в данном Заявлении, не зависимо от того какой остаток собранных пожертвований, полный или частичный, собранные средства будут переданы на лечение другим детям, находящимся на сборах в Фонде «Бумажный журавлик».

10. Для поиска благотворительной помощи он разрешает в соответствии с п. 3 ч. 1 ст. 3 ФЗ-152 «О персональных данных» использовать в СМИ, включая Интернет, любой из высланных документов, в том числе медицинские выписки и фотографии.

11. Он дает согласие на обработку Благотворительным фондом помощи больным детям «Бумажный журавлик», адрес: 111524 г. Москва. ул. Электродная, д.11, стр. 1, оф. 211, своих персональных данных и персональных данных Ребенка, а именно — фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, адреса, телефонов, паспортных данных, информации о состоянии здоровья, фото и видео материалов. 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 Жертвователей о результатах лечения Ребенка, а также последующего предоставления отчетности уполномоченным органам и Жертвователям 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись).

12.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, фото и видео материалы), 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, фото и видео материалы) 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 на эл. почту info@bumagniy-guravlik.ru на имя Директора 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:

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 мною̆ 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) (дата)