**Директору**

**Благотворительного фонда**

**«КОШЕЛЕВ»**

**Карпяк М. А.**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении пожертвования\благотворительной помощи**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Заявитель)

 ФИО

Вид документа, удостоверяющего личность Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Прошу предоставить помощь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (цель предоставления помощи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Вид оказания помощи (предоставление денежных средств / имущества / оказание услуг /выполнение работ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Для поиска благотворительной помощи настоящим даю согласие в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. на использование моих персональных данных для принятия решения о предоставлении помощи, заключении договора об оказании благотворительной помощи и оказании благотворительной помощи Ребенку (подопечному), составления и распространения отчетов об использовании пожертвований, а также для ведения документооборота Фондом. Обработка персональных данных может производиться в форме сбора, записи систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), передачи (распространения, предоставления, доступа), использования, блокирования и уничтожения указанных персональных данных до отзыва данного мною согласия на обработку персональных данных, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО Заявителя

Обязуюсь:

- информировать Фонд о результатах помощи;

- информировать Фонд о сотрудничестве с благотворительными организациями, благотворителями государством, размещении информации в Интернете и других формах привлечения средств для помощи ребенку;

- после получения помощи, предоставить: Отчет об использования пожертвования (выписной эпикриз, чеки подтверждающие расходы, акты приема-передачи выполненных работ (оказанных услуг), выдаваемые медицинскими, физкультурно-оздоровительными и иными организациями и учреждениями заявителю по итогам лечения, реабилитации и др.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО Заявителя

К настоящему заявлению прилагаю:

- копия всех страниц паспорта Заявителя;

- копия государственного страхового пенсионного свидетельства;

- копия ИНН;

- копия Свидетельства о рождении ребенка;

- заключение специалиста медицинской организации, где планируется провести лечение, с указанием диагноза, оформленное на бланке медицинской организации;

- заключение местных органов соцзащиты или иные документы, свидетельствующие о материальном положении семьи;

- счет лечебного учреждения за лечение и/или счет компании-дистрибьютора (компании-производителя) на оплату товаров (материалов) медицинского назначения, технических средств реабилитации;

- справка о заработной плате работающих членов семьи (проживающих совместно с Благополучателем);

- копия трудовой книжки (выписка из электронной трудовой книжки) Заявителя;

- справка об отсутствии квоты на лечение от соответствующего органа управления здравоохранением (министерство, департамент, комитет) субъекта РФ.

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

Адрес для почтовой корреспонденции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон:

- рабочий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- личный:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (e-mail) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_