

Приложение №1
к Положению о Благотворительной программе
Фонда поддержки городских инициатив
«Дар во благо»

Заявление о предоставлении благотворительной помощи.

« » _____ 20__ г.
Я, _____
(Ф.И.О.)

прошу оказать благотворительную помощь

мне

иному лицу.

Если просьба состоит в предоставлении благотворительной помощи иному лицу, указать, кому должна быть предоставлена помощь и в каких отношениях заявитель состоит с лицом, нуждающимся в помощи.

Размер благотворительной помощи _____

Вид необходимой помощи (нужное отметить значком V):

<input type="checkbox"/>	оплата лечения
<input type="checkbox"/>	оплата лекарственных средств
<input type="checkbox"/>	оплата технических средств реабилитации
<input type="checkbox"/>	другое (написать) _____ _____ _____ _____

Предоставляется ли Вам квота на лечение?

да

нет

Осуществляете ли вы сбор средств на запрашиваемую помощь из других источников?

да

нет

если да, то, из каких источников планируется получить помощь и в каких объемах?

Благотворительную помощь прошу:
по моей просьбе перечислить лечебному учреждению / компании-поставщику
(указать наименование лечебного учреждения/компании-поставщика
(производителя), вид и номер документа-основания для оплаты, выставленного на
имя Благополучателя):

перечислить на личный расчетный счёт:
Получатель (ФИО)

ИНН получателя _____

№ счета _____

наименование банка _____

в г. _____ БИК _____

кор.счет _____

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

Адрес для переписки (с указанием индекса):

Домашний телефон (с кодом города): +7 () _____

Рабочий телефон (с кодом города): +7 () _____

Мобильный телефон: +7() _____

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.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(ФИО полностью и подпись Заявителя)

С Положением о Благотворительной Программе Фонда поддержки городских инициатив «Дар во благо», в том числе с правилами Предоставления благотворительной помощи (п.10.), ознакомлен, согласен и подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(ФИО полностью и подпись Заявителя)

Приложение № 1
к Заявлению о предоставлении благотворительной помощи
в рамках реализации благотворительной программы
Фонда поддержки городских инициатив «Дар во благо».

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим Приложением Стороны согласились с нижеследующими положениями по обработке персональных данных Благополучателя.

1. Под обработкой персональных данных Благополучателя (субъекта персональных данных) понимаются действия (операции) Фонда поддержки городских инициатив с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

2. Целью предоставления Благополучателем персональных данных и последующей обработки их Фондом поддержки городских инициатив является определение обоснованности предоставления Благополучателю благотворительной помощи Фонда.

3. Заключение настоящего Приложения признается Сторонами согласием Благополучателя, исполненным в простой письменной форме, на обработку следующих персональных данных:

- фамилии, имени, отчества;
- даты рождения;
- почтовых адресов (по месту регистрации и для контактов);
- сведений о гражданстве;
- номере основного документа, удостоверяющего личность Благополучателя, сведений о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
- номеров телефонов; адресах электронной почты (E-mail);
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения о семейном, социальном, имущественном положении;
- сведения об образовании, профессии;
- сведения о доходах.

4. Стороны признают общедоступными персональными данными следующие данные: фамилия, имя отчество; e-mail; почтовый адрес (для контактов), диагноз.

5. Благополучатель, в целях исполнения настоящего Приложения, предоставляет Фонду право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными:

- сбор и накопление;
- хранение в течение срока действия выполнения Заявки на предоставление благотворительной помощи и не менее, чем установленные нормативными

документами сроки хранения отчетности, но не менее трех лет, с момента даты прекращения действия Заявки;

- уточнение (обновление, изменение);
- использование; уничтожение;
- обезличивание;
- передача, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.

В случае если Фонд поддержки городских инициатив считает, что принятые им меры не могут обеспечить полную защиту персональных данных при передаче, Благополучатель соглашается с тем, что его персональные данные будут переданы в обезличенном виде, в случае если это не повлечет за собой неисполнение обязательств Фонда.

Разрешение на использование и публикацию информации даю (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) Фонду и/или третьими лицами с согласия Фонда в рамках реализации Программы. В частности, для информирования общественности и третьих лиц о необходимости лечения меня и/или иного лица, указанного в Заявлении, для привлечения средств на вышеуказанное лечение, для информирования Доноров о результатах вышеуказанного лечения и в иных случаях

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(ФИО полностью и подпись Заявителя)

Приложение № 2
к Положению о Благотворительной программе
Фонда поддержки городских инициатив
«Дар во благо»

Исключаемые из оплаты Программой услуги и товары (материалы)

- услуги, товары (материалы) медицинского назначения, не соответствующие задачам проводимого лечения и/или не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения;
- услуги, товары (материалы) медицинского назначения, обоснованность которых не подтверждена специалистом Лечебного учреждения;
- услуги, товары (материалы) медицинского назначения, которые были предоставлены или должны были быть предоставлены бесплатно, в соответствии с существующим законодательством;
- услуги, товары (материалы) медицинского назначения, лежащие в основе нетрадиционных методов лечения и диагностики;
- услуги, товары (материалы) медицинского назначения, обеспечивающие дополнительный комфорт в период нахождения в лечебном учреждении;
- услуги, товары (материалы) медицинского назначения для иммунизации в соответствии с российским календарем прививок;
- длительная реабилитация больного, требующая оплаты услуг медицинских и других реабилитационных учреждений, чаще, чем один раз в год;
- расходы по уходу на дому;
- личное, не подкреплённое медицинскими показаниями, желание больного получать лечение в том или ином лечебном заведении, либо стране;
- санаторно-курортное лечение;
- оплата питания.

Ознакомлен(а):

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(ФИО полностью и подпись Заявителя)

Приложение № 3
к Положению о Благотворительной программе
Фонда поддержки городских инициатив
«Дар во благо»

**Список документов, необходимых для подачи заявки с просьбой
предоставления благотворительной помощи.¹**

Для физического лица:

- заявление о предоставлении благотворительной помощи и приложения к нему, собственноручно подписанное.
- копия свидетельства о рождении ребенка;
- копия паспорта (включая незаполненные страницы) одного из родителей или опекуна;
- копия справки об инвалидности ребенка (если имеется);
- копия индивидуальной программы реабилитации (если имеется);
- справка о составе семьи;
- выписка из истории болезни, заверенная печатью лечебного учреждения;
- заключение местных органов соцзащиты или иные документы, свидетельствующие о материальном положении семьи (акт материально-бытовых условий);
- справка о доходах всех членов семьи, проживающих с Благополучателем за последние 6 месяцев;
- цветная фотография неформального образца (размер не менее 6x8 см, с четким изображением; можно в электронном виде);

дополнительно по видам запрашиваемой благотворительной помощи:

лечение/диагностика/реабилитация на территории Российской Федерации:

- вызов на лечение/диагностику/реабилитацию. Оформляется на бланке учреждения, заверяется руководителем учреждения (или иным уполномоченным на то лицом) и скрепляется печатью учреждения или врача;
- счет Лечебного учреждения за лечение Благополучателя, с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Благополучателя, заверенный подписями руководителя лечебного учреждения или иного уполномоченного лица и главного бухгалтера, скрепленный печатью лечебного учреждения;
- договор с Лечебным учреждением на оказание услуг;

¹ Для оперативного принятия решения, возможно первоначально отправить в адрес Фонда отсканированные копии всех вышеперечисленных документов. Документы в электронном виде отправляются по адресу: fond_zato@mail.ru и должны быть в формате JPG или PDF.

- обоснование необходимости получения данного лечения для Благополучателя в выбранном Лечебном учреждении медицинскими специалистами, заверенное печатью Лечебного учреждения.

Лечение/диагностика/реабилитаци за пределами территории Российской Федерации:

Внимание! Все документы должны быть как на языке страны, где планируется проводиться лечение, а также переведены на русский язык.

- вызов на лечение/диагностику/реабилитацию. Оформляется на бланке учреждения, заверяется руководителем учреждения (или иным уполномоченным на то лицом) и скрепляется печатью учреждения или врача;
- счет Лечебного учреждения за лечение Благополучателя, с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Благополучателя, заверенный подписями руководителя лечебного учреждения или иного уполномоченного лица и главного бухгалтера, скрепленный печатью лечебного учреждения;
- договор с Лечебным учреждением на оказание услуг (если есть);
- обоснование необходимости получения данного лечения для Благополучателя в выбранном Лечебном учреждении медицинскими специалистами, заверенное печатью Лечебного учреждения;
- копия сберегательной книжки (или данные расчетного (банковского) счета для перечислений).

Лекарственные препараты, товары (материалы) медицинского назначения:

- счет от Компании-поставщика на оплату лекарственных препаратов, товаров (материалов) медицинского назначения;
- договор от Компании-поставщика на поставку лекарственных препаратов, товаров (материалов) медицинского назначения;
- обоснование необходимости получения данных лекарственных препаратов, товаром (материалов) медицинского назначения для Благополучателя медицинскими специалистами, заверенное печатью Лечебного учреждения.

Для юридического лица:

- выписка из Устава с указанием цели создания и видов деятельности;
- свидетельство о государственной регистрации юридического лица.

Все копии должны быть заверены одним из перечисленных способов (любым):

- сотрудником Программы при очном обращении Заявителя (при предъявлении оригиналов документов),
- нотариусом,
- по месту работы Благополучателя,
- Лечебным учреждением (при заочном обращении Заявителя).

Ознакомлен(а):

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(ФИО полностью и подпись Заявителя)