Данное заявление заполняется ТОЛЬКО на компьютере.

Заполненное заявление необходимо распечатать, расписаться, отсканировать и отправить в Фонд.

Заявления, заполненные от руки, не рассматриваются.

Заявления без подписи не рассматриваются.

Благотворительный Фонд содействия деятельности в сфере профилактики и здоровья граждан, а также пропаганды здорового образа жизни «Живи, малыш»

Бычкову Е.В.

от

(Ф.И.О.)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас оказать материальную помощь в связи с тяжелым заболеванием ребенка и безвыходным материальным положением.

1. Кому:

2. Диагноз:

3. Необходимое лечение:

4. Лечебное учреждение:

5. Проходили ли реабилитацию в гос. учреждениях в своем регионе, где и когда. Если нет-причина:

6. Сумма с указанием валюты:

7. Планируемая дата лечения:

8. Причины невозможности получения бюджетного финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

9. Где, когда и какое лечение проходили:

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

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

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

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

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

10. Причины лечения за рубежом (если предполагается лечение за рубежом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Группа в соцсетях (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не возражаю против использования всех переданных мной документов (медицинских выписок, фотографий и т.д.) в средствах массовой информации и Интернет в целях сбора благотворительных пожертвований на лечение ребенка (в случае одобрения заявки Фондом «Живи, малыш»)

Предоставляю свое согласие на обработку Фондом «Живи, малыш» зарегистрированному по адресу Россия, Свердловская обл., г. Нижний Тагил, ул. Газетная, 77 А, оф. 307, персональных данных, а именно: фамилии, имени, отчества, года рождения, адреса, телефонов, паспортных данных, фотографий, а так же информации о состоянии здоровья лица, указанного в п. 1 настоящего заявления, а также иной информации в соответствии с Федеральным законом от 26 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Обработка персональных данных проводится с целью оказания благотворительной помощи, для информирования общественности (третьих лиц) на официальных веб ресурсах БФ «Живи, малыш», страницах в сети Интернет, созданных Фондом «Живи, малыш», а так же последующего предоставления отчетности уполномоченным органам.

Также фонд берет на себя право распространения информации о сборе в СМИ.

Фонд «Живи, малыш» вправе отказать в оплате лечения в случае замены указанного заявителем лечебного учреждения (пункт 4) без письменного согласования с Фондом «Живи, малыш».

Ф.И.О.

Паспорт:

выдан:

код подразделения

зарегистрированного по адресу:

Телефон

Гос. пенс. страх. cвид-во

ИНН

Дата:

Подпись: