**ЗАЯВЛЕНИЕ[[1]](#footnote-1)**

Исполнительному директору Благотворительного фонда

«Абсолют-Помощь»

Скоробогатовой А.А.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Заявитель)

*(ФИО)*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер)*

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

*(кем выдан, когда)*

Прошу предоставить благотворительную помощь для моего сына /дочери /опекаемого (подчеркнуть)

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

*(ФИО ребёнка, возраст)*

в связи с необходимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(лечения/коррекционно-развивающих занятий/реабилитации/приобретения ТСР)*

в организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предполагаемые даты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(лечения/коррекционно-развивающих занятий/реабилитации/приобретения ТСР)*

Причина обращения в Фонд (раскрыть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Перечислите организации, где ваш ребенок получал помощь/обучался /проходил лечение последние 12 месяцев

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Месяц, год | Название организации | Услуга (лечение, занятия со специалистами, реабилитация, обучение) | Вид оплаты (личные средства, по ОМС или ВМП, помощь фондов, бюджетное учреждение) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Состав семьи (родители/законные представители, количество детей, возраст)

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

Совокупный доход семьи в месяц (руб.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ**

1. Ребенок должен быть гражданином Российской Федерации.
2. У ребенка установлен диагноз – детский церебральный паралич (ДЦП), расстройства аутистического спектра (РАС), умственная отсталость.
3. Совокупный доход в семье на одного человека в месяц не превышает 35 000 рублей.
4. Услуги оказываются в случае наличия партнёров Фонда в регионе заявителя.
5. Фонд принимает не более 2-х обращений в год.

Настоящим Заявитель подтверждает, что:

1. Услуги не оплачиваются из других источников;
2. Он ознакомлен и согласен с условиями Положения Благотворительной программы «Качество жизни» БФ «Абсолют-Помощь» и публичной Офертой;
3. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
4. Обязуется *предоставить копию выписного эпикриза* из организации, где оказывались услуги Ребенку по Заявлению, *в течение 3 (трех) рабочих* дней после окончания оказания услуг.
5. Дает согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку Благотворительным фондом «Абсолют-Помощь» (далее – Фонд), находящимся по адресу: 119270, г. Москва, ул. Лужнецкая наб.д.2/4, стр.4, 3 этаж, офис 300, и Автономной некоммерческой организации «Благотворительная служба поиска медицинской помощи «Верное направление» (далее – Партнер), находящимся по адресу: 119454, Москва, ул. Коштоянца дом 35, квартира 2, 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, иных сведений, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Обработка персональных данных производится с целью предоставления благотворительной помощи, для информирования общественности (третьих лиц) в случае 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 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. 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, иные сведения), 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, иные сведения) 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 уведомления Фонду и(или) Партнеру Фонда в письменной форме об отзыве согласия заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручить лично под роспись уполномоченному сотруднику Фонда и(или) Партнеру.

После получения письма с отзывом согласия на обработку персональных данных Фонд и(или) Партнер уничтожит персональные данные Заявителя и Ребенка в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

**Ваши контактные данные:**

Фактический адрес (с указанием индекса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Также 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)***

Согласовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, подпись уполномоченного лица Фонда)*

1. Оферта. [↑](#footnote-ref-1)