



Благотворительный фонд

ул. Собинова, 1, г. Днепропетровск, Украина, 49083, тел.: (056) 732 03 03
e-mail: kiddo@kiddo.ua
www.kiddo.ua

Президенту Благотворительного фонда «Киддо»
Ермолаевой Анне Иннокентьевне

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении финансирования/единовременной материальной помощи
в виде благотворительной помощи (на диагностику, лечение, медикаменты,
медикаментозное обеспечение операции, оплату реабилитационного курса и т.п.)
в соответствии с Уставом Благотворительного фонда «КИДДО».**

Я, (ФИО, паспортные данные, идентификационный код, адрес проживания, действующий от имени несовершеннолетнего) _____

(далее - Заявитель), прошу предоставить благотворительную помощь в виде финансирования на

_____ (диагностику, лечение, медикаменты, медикаментозное обеспечение операции, оплату реабилитационного курса и т.п.) моего(ей) **сына/дочери/опекаемого(ой)** (*подчеркнуть*)

_____,
(ФИО ребенка)

дата рождения _____, _____ (№ серия свидетельства о рождении) (далее - Ребенок) в **рамках уставной деятельности Благотворительной организации «КИДДО».**

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы (*отметить каким-либо знаком те документы, которые приложены к заявлению*):

- 1) Копии заполненных страниц **паспорта Заявителя**;
- 2) Копия* **свидетельства о рождении ребенка**** (*для детей всех возрастов, даже старше 16 лет*);
- 3) Копии* заполненных страниц **паспорта Ребенка** (*для детей старше 16 лет*);
- 4) Копия* **документа, подтверждающего родственные отношения между Заявителем и ребенком** (*в случае опеки, попечительства, усыновления - решение суда или решение органа опеки и попечительства, а также выписку или копию приказа о назначении Заявителя директором приюта/детского дома в случае, если ребенок помещен под государственную опеку*);
- 5) Копия* **заключения из лечебного учреждения**, где будет проводиться лечение ребенка, с четким указанием:

- обоснования выбора метода лечения или использования для лечения товаров (материалов) медицинского назначения;
- какую именно помощь необходимо оказать ребенку (медикаменты, материалы, реабилитационный курс и т.д.).

Заключение оформляется на бланке медицинского учреждения, заверяется заведующим отделением, лечащим врачом или иным уполномоченным на то лицом, и скрепляется печатью учреждения или врача.

- 6) **Фамилия, имя, отчество и контактный телефон врача**, с которым можно связаться для подтверждения необходимости оказания помощи и подтверждения предоставленной информации:

-
- 7) **Счет лечебного учреждения за лечение ребенка**, с разбивкой по услугам, подготовленный должным образом, выставленный на имя *Заявителя*, заверенный подписями руководителя лечебного учреждения или иного уполномоченного лица и главного бухгалтера, скрепленный печатью лечебного учреждения, **и/или счет компании-дистрибьютора** (компании-производителя) на оплату товаров (материалов) медицинского назначения, применение которых необходимо для проведения лечения Ребенка;
 - 8) **Фотографии ребенка***** (размер не менее 6x8, с четким изображением).
 - 9) **Справка о доходах;**
 - 10) **Справка о составе семьи;**
 - 11) **Справка о получении (неполучении) помощи;**

Настоящим Заявитель подтверждает, что:

1. ознакомлен и согласен с условиями о предоставлении финансирования/единовременной материальной помощи в виде благотворительной помощи на лечение, медикаментозное обеспечение операции в соответствии с **Уставом Благотворительного фонда «КИДДО»**.
2. представленные им в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию;
3. выражает согласие на опубликование и распространение персональных данных Ребенка на сайте и в информационных материалах Фонда.
4. в случае ухудшения состояния здоровья Ребенка вплоть до возможного наступления летального исхода во время сбора и перечисления, необходимых для оплаты лечения (товаров, материалов медицинского назначения) финансовых средств, в связи, с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имеет к благотворительной организации «КИДДО» никаких претензий; поступившая целевая благотворительная помощь по решению Правления перераспределяется на другие благотворительные программы в соответствии с Уставом Фонда;
5. в случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка вплоть до летального исхода, не имеет к благотворительной организации «КИДДО» никаких претензий;
6. в случае принятия положительного решения о предоставлении финансирования на лечение Ребенка, Заявитель дает разрешение на использование и публикацию (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) фотоматериалов и иных материалов о Ребенке, в том числе подтверждающих состояние его здоровья и прохождение Ребенком лечения, как благотворительной организации «КИДДО», так и третьими лицами.
7. при необходимости он готов принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований для лечения Ребенка, либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении лечения Ребенком с помощью благотворительной организации «КИДДО».

8. обязуется предоставить выписку из лечебного учреждения, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3-х дней после окончания лечения.
9. обязуется своевременно сообщать об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских товаров/услуг, подлежащих финансированию в соответствии с Уставом благотворительного фонда «КИДДО» из иных источников.
10. в случае превышения суммы поступления целевой благотворительной помощи, Благотворительный фонд «КИДДО» перераспределяет разницу на другие благотворительные программы в соответствии с Уставом и решением Правления.

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:

Экстренный контакт (родственник, друг семьи, волонтер):

Адрес электронной почты, скайпа:

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.

(ФИО полностью Заявителя)

(подпись Заявителя)

город Днепропетровск « ____ » _____ 20__ г.

* - копия может быть заверена сотрудником благотворительной организации при очном обращении Заявителя при предоставлении оригиналов документов, нотариусом, по месту работы заявителя, либо медицинским учреждением при заочном обращении Заявителя.

** - в случае если свидетельство о рождении Ребенка еще не было получено Заявителем, вместо него предоставляется один из следующих документов:

1) документ установленной формы о рождении, выданный медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы, в которой происходили роды;

2) документ установленной формы о рождении, выданный медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах или в которую обратилась мать после родов, либо лицом, занимающимся частной медицинской практикой, - при родах вне медицинской организации;

3) заявление лица, присутствовавшего во время родов, о рождении Ребенка - при родах вне медицинской организации и без оказания медицинской помощи

*** - фотография может быть предоставлена по электронной почте.