



## Благотворительный фонд

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

Президенту БО «Благотворительный фонд “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 БО «Благотворительный фонд «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 БО  
«Благотворительный фонд «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 отделения, 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 Ребёнка** (3-4 портретных фото, высокого качества (не с телефона, предпочтительно с цифрового фотоаппарата), необходимо направить в электронном виде на адрес [kiddo@kiddo.ua](mailto:kiddo@kiddo.ua)).
- 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 БО «Благотворительный фонд «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 БО «Благотворительный фонд «КИДДО» никаких претензий; поступившая целевая благотворительная помощь по решению Президента фонда 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 БО «Благотворительный фонд «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 БО «благотворительный фонд «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 БО «Благотворительный фонд «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 БО «Благотворительный фонд «КИДДО» из иных источников.
10. в случае превышения суммы поступления целевой благотворительной помощи, БО «Благотворительный фонд «КИДДО» перераспределяет разницу на другие благотворительные программы в соответствии с Уставом и решением Президента фонда.
11. обязуется предоставлять фотоотчет после каждого этапа оказания помощи на почту kiddo@kiddo.ua

**Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:**

Адрес для переписки (с указанием индекса):

---

Домашний 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 Днепр

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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