**Благотворительный фонд «Источник Веры»**

**ИНН/КПП 6315021943/631501001**

**443041 Самара, ул. Арцыбушевская, 42-72**

**Заявление**

**о предоставлении Благотворительной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Заявитель),прошу предоставить благотворительную помощь на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для моего сына (моей дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с диагнозом - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю, что

1. представленные мною в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию;
2. я ознакомлен и согласен с условиями Благотворительной программы;
3. в случае ухудшения состояния здоровья Ребенка вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления средств, необходимых для оплаты лечения и/или товаров (материалов) медицинского назначения, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имею к Благотворительному фонду «Источник Веры» никаких претензий;
4. в случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка вплоть до смертельного исхода, не имею к Благотворительному фонду «Источник Веры» никаких претензий;
5. в случае принятия положительного решения о предоставлении материальной помощи на лечение и реабилитацию моего ребенка даю разрешение на использование и публикацию (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) фотоматериалов и иных материалов о моем ребенке, в том числе подтверждающих состояние его здоровья и прохождение ребенком лечения, как Благотворительным фондом «Источник Веры», так и третьими лицами;
6. при необходимости готова принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка и реабилитацию, либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении лечения ребенком;
7. даю согласие на обработку в виде сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения, использования, распространения, обезличивания, бессрочно Благотворительному фонду «Источник Веры», находящемуся по адресу: г. Самара, ул. Арцыбушевская, д. 42, кв. 72, своих персональных данных и персональных данных своего ребенка, а именно - фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, телефонов, паспортных данных, информации о состоянии здоровья, диагнозе, фотоматериалов;
8. обязуюсь ***предоставить копию выписного эпикриза, копию договора на оказание медицинских услуг, актов об оказании услуг, счетов*** из лечебного учреждения, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3 (трех) рабочих дней после окончания лечения;
9. обязуюсь ***своевременно сообщать*** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости лечения, а также об оплате медицинских товаров/услуг, подлежащих финансированию по Благотворительной Программе, из иных источников;

**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: + 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.

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

Подпись Ф.И.О. Дата