**Приложение № 1**

к Благотворительной программе "Я хочу помочь»"

**Заявление о предоставлении адресной благотворительной помощи**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **(Ф.И.О. полностью)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| паспорт № |  | дата выдачи: |  |
| выдавший орган: |  |
|  | код подразделения: |  |
|  |  |  |
| адрес места жительства/регистрации: |  |
|  |
|  |

**прошу предоставить адресную благотворительную помощь для моего:**

[ ]  сына [ ]  дочери [ ]  подопечного (-ой)

|  |
| --- |
|  |
| **(Ф.И.О. ребенка полностью)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата и место рождения ребенка: |  |
|  |  |

в рамках к Благотворительной программе "Я хочу помочь"

**К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№/п.** | **Наименование документа** | **Кол-во листов** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Настоящим Заявлением выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку моих персональных данных и данных Благополучателя, если я представляю его интересы, согласно Приложению № 2.
* Осведомлён, что Фонд вправе отказать в открытии сбора помощи без объяснения причины.
* Согласен, что, если собранная сумма окажется больше указанной или будет оплачена из иного источника, Фонд вправе использовать собранные средства для других нуждающихся.
* Обязуюсь своевременно информировать Фонд о любых изменениях в моей жизни, касающихся указанной просьбы, и предоставлять в Фонд отчеты о пройденном лечении/реабилитации/полученном ТСР (описание, фотографии, заключения и рекомендации врачей)
* В случае организации помощи другими фондами, а также частными лицами обязуюсь предоставлять по запросу Фонда всю информацию о собранных средствах и их использовании.
* Согласен, что в случае возникновения конфликтных ситуаций с иными представителями Благополучателя, данные вопросы Заявитель решат самостоятельно.
* 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Почтовый адрес: |  |
|  |
|  |
| Мобильный тел.:  |  | Домашний тел.: |  |
|  |  |  |  |
| Электронная почта: |  |

|  |
| --- |
|  |
| **(Ф.И.О. полностью и дата подписания)** |

**Приложение № 2**

к Благотворительной программе "Я хочу помочь"

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**  |  |
|  | **(Ф.И.О. полностью)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| паспорт № |  | дата выдачи: |  |
| выдавший орган: |  |
|  | код подразделения: |  |
| адрес места жительства: |  |
|  |

являясь законным представителем ( [ ]  отец [ ]  мать [ ]  опекун [ ]  попечитель) своего

несовершеннолетнего [ ]  сына [ ]  дочери [ ]  подопечного, далее по тексту "Ребенок":

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. ребенка полностью) |
| Дата рождения Ребенка:  |  |

в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ даю свое согласие Благотворительному Фонду Оксаны Федоровой на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным законом, следующих персональных данных о ребенке: имя и фамилия, данные свидетельства о рождении, диагноз, сведения о личных качествах, сведения о социальном положении семьи, фото- и видеоизображение Ребенка, изображения рисунков и иных творческих работ Ребенка. Дополнительно даю согласие на размещение указанных данных в СМИ, на сайте Фонда в сети Интернет <https://fedorovafond.ru/> , на страницах Фонда в социальных сетях, в выпускаемых Фондом или при его поддержке печатных материалах (объявлениях, буклетах и т.п.).

Целью обработки Фондом персональных данных является поиск денежных средств для оплаты курсов реабилитации или приобретения ТСР для Ребенка, а также предоставление отчетов о целевом использовании средств благотворителям.

Настоящее согласие предоставляется сроком на 5 (пять) лет.

**Обязуюсь предоставлять в БФ «Спешите делать добро!» отчетные данные о ходе лечения/реабилитации/использовании технических средств реабилитации, полученных от фонда.**

**Я уведомлен (а) , что отказ от предоставления данных может явиться основанием для отказа в оказании благотворительной помощи.**

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления Фонду соответствующего письменного заявления по адресу: 127051, г.Москва, 1-й Колобовский пер., д.19, стр.2

В случае отзыва настоящего согласия Фонд обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить их в срок, не превышающий 14 рабочих дней с даты поступления заявления об отзыве.

Окончание срока действия настоящего согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных, в том числе для публикаций, начиная с даты прекращения действия согласия, но не распространяется на публикации уже размещенные Благотворительным фондом до даты прекращения действия Согласия.

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. полностью, дата подписания) |

**Приложение № 3**

к Благотворительной программе "Я хочу помочь"

**АНКЕТА**

**ФИО Ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Группа крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата поступления в больницу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (последнее медицинское учреждение в котором находился ребенок)

**Название отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **РОДИТЕЛИ**  |

**МАМА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО, номер мобильного телефона)

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

(дата рождения, группа крови, может ли быть донором?)

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

(место работы, должность, примерный уровень дохода в месяц)

**ПАПА**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, номер мобильного телефона)

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

(дата рождения, группа крови, может ли быть донором?)

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

(место работы, должность, примерный уровень дохода в месяц)

|  |
| --- |
| **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ**  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(номер д/с, школы, в какой класс ходит)

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

(какие секции и кружки посещает, чем интересуется)

(какие книжки читает, какие мультики смотрит, какую музыку слушает и т.д.)

**Семейное положение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(сколько детей в семье (указать имена и даты рождения)

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

(материальное положение, является ли семья малоимущей (есть ли об этом справка?)

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

(помогают ли родственники, какая помощь требуется в больнице?)

|  |
| --- |
| **Дата заполнения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.** |
|  |  |
|  | **(Ф.И.О., подпись)** |