

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется сотрудником Программы)

-----

**Заявление (редакция от 10 января 2012 года)  
о предоставлении благотворительной помощи  
в соответствии с благотворительной программой «Линия жизни»  
/форма/**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_ (далее - Заявитель),

паспорт (серия) \_\_\_\_\_ (номер) \_\_\_\_\_

выдан (кем) \_\_\_\_\_ (когда) \_\_\_\_\_

прошу предоставить благотворительную помощь на лечение моего сына/дочери/опекаемого(ой)

(ФИО ребенка) \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_, (далее - Ребенок) и пребывание его в медицинском учреждении, в

связи с проведением названного лечения, в рамках программы «Линия жизни» (далее – Программа).

**К настоящему заявлению прилагаются следующие документы (отметьте любым знаком):**

- 1) Копия паспорта Заявителя (только 2 и 3 страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
- 2) Копия свидетельства о рождении ребенка (*для детей всех возрастов, даже старше 14 лет*);
- 3) Копия паспорта Ребенка - *для детей старше 14 лет* (только 2 и 3 страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
- 4) Копия документа, подтверждающего отношения между Заявителем и Ребенком: решение суда или органов опеки, а также выписка из приказа о назначении Заявителя директором государственного учреждения (*в случае опеки, попечительства, усыновления*);
- 5) Копия документа о смене фамилии Заявителя (*в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении*);
- 6) Копия заключения специалиста лечебного учреждения, где планируется провести лечение ребенка, с указанием диагноза, метода лечения и необходимых товаров (материалов) медицинского назначения, а также данные последних обследований.
- 7) Счет лечебного учреждения на оплату лечения Ребенка, с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Заявителя, и/или счет компании-дистрибьютора (компании-производителя) на оплату товаров (материалов) медицинского назначения, включенных в Программу, необходимых для проведения лечения Ребенка;
- 8) Фотография ребенка (размер не менее 6х8, с четким изображением, сделанная не более 6 месяц назад).

**Настоящим Заявитель подтверждает, что:**

1. Он ознакомлен и согласен с условиями Положения о Благотворительной программе «Линия жизни» и Приложениями к нему;

2. Представленные им в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию;
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 имеет ни к Филиалу Благотворительного фонда «Чаритиз Эйд Фаундейшн» в России (далее – «САФ Россия»), ни к донорам Программы никаких претензий;
4. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка вплоть до смертельного исхода, не имеет ни к САФ Россия, ни к Донорам Программы никаких претензий;
5. При необходимости он готов принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на лечение Ребенка, либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении лечения Ребенком с помощью Программы.
6. Он обязуется **предоставить копию выписного эпикриза** из лечебного учреждения, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3 (трех) рабочих дней после окончания лечения.
7. Он обязуется **своевременно сообщать** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских товаров/услуг, подлежащих финансированию по Программе, из иных источников.
8. Он дает согласие на обработку Филиалом Благотворительного фонда «Чаритиз Эйд Фаундейшн», находящимся по адресу: г. Москва, ул. Мясницкая 24/7 стр. 1, 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, фотоматериалов. Обработка персональных данных производится с целью предоставления благотворительной помощи, для информирования общественности (третьих лиц) о необходимости лечения ребенка, для привлечения средств на лечение ребенка – участника благотворительной программы «Линия жизни», для информирования жертвователей о результатах лечения ребенка – участника благотворительной программы «Линия жизни», а так же последующего предоставления отчетности уполномоченным органам и донорам благотворительной программы «Линия жизни» и может производиться в форме сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), распространения, использования указанных персональных данных в течение 5 (пяти) лет с даты окончания благотворительной программы «Линия жизни», после чего Заявитель имеет право отозвать свое согласие на обработку персональных данных. Настоящее заявление подтверждает согласие Заявителя на обработку в форме уничтожения указанных персональных данных Филиалом Благотворительного фонда «Чаритиз Эйд Фаундейшн» если по истечении названного срока, отзыва от Заявителя не последует.

**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: \_\_\_\_\_

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 вытекающие из них мои обязательства и действия.**

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью и подпись Заявителя)