

--	--	--

Приложение № 2  
к Положению о Благотворительной программе  
«Линия жизни»

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ**  
(заполняется собственноручно)

Вице - президенту  
Благотворительного фонда спасения тяжелобольных детей  
«Линия жизни»  
Карпенко А.А.

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

от \_\_\_\_\_ (далее – Заявитель)  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан  
(серия) (номер)

\_\_\_\_\_ (кем выдан)

\_\_\_\_\_ (дата выдачи)

**Заявление**

Прошу предоставить благотворительную помощь на дорогостоящее лечение моего сына /дочери /опекаемого

\_\_\_\_\_ (ФИО Ребёнка)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

по диагнозу \_\_\_\_\_

Вид лечения \_\_\_\_\_

Наименование медицинского изделия (если необходимо) \_\_\_\_\_

Стоимость медицинского изделия \_\_\_\_\_ Стоимость лечения \_\_\_\_\_

Медицинская организация \_\_\_\_\_

Причина обращения за благотворительной помощью в фонд «Линия жизни»  
(раскрыть) \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Для рассмотрения Заявления прилагаются следующие документы (отметьте любым знаком):

- Оригинал Обращения и заключения Медицинской организации, где будет проходить лечение Ребенка;
- Счет Медицинской организации на оплату лечения Ребенка с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Плательщика, и\или счет Поставщика на оплату медицинских изделий, включенных в Программу, необходимых для проведения лечения Ребенка;
- Копия паспорта Заявителя (только 2-й и 3-й страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
- Копия свидетельства о рождении Ребенка (для детей всех возрастов, в т.ч. старше 14 лет);
- Копия паспорта Ребенка — для детей старше 14 лет (только 2-й и 3-й страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
- 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);
- Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении);
- Сведения о выгодоприобретателе;
- Фотография Ребенка (требования в инструкции для подачи заявления).

Настоящим Заявитель подтверждает, что:

1. Лечение не оплачивается из других источников;
2. Он ознакомлен и согласен с условиями Положения о Благотворительной программе «Линия жизни», Приложениями к нему и публичной Офертой;
3. Представленные им в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат достоверную информацию;
4. В случае ухудшения состояния здоровья Ребенка вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления средств, необходимых для оплаты лечения и (или) изделий медицинского назначения, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
5. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка вплоть до смертельного исхода, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
6. При необходимости он готов принимать участие в мероприятиях, в том числе на ТВ, радио и иных СМИ, направленных на сбор пожертвований на лечение Ребенка либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении Ребенком лечения с помощью Программы; **Отказ** от участия в мероприятиях Фонда, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка, может служить причиной отказа в предоставлении помощи по Заявлению. \_\_\_\_\_ (подпись);
7. Обязуется **предоставить копию выписного эпикриза** из Медицинской организации, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, **в течение 3 (трех) рабочих** дней после окончания лечения;
8. Обязуется **в течение 3 (трех) дней сообщать** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских изделий (услуг), подлежащих финансированию по Программе, из иных источников;
9. Дает согласие на обработку Благотворительным фондом спасения тяжелобольных детей «Линия жизни», находящимся по адресу: 127006, г. Москва, ул. Малая Дмитровка, д. 16, стр. 6, своих персональных данных и персональных данных Ребенка, а именно — фамилии, имени, отчества, 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, для информирования Доноров о результатах лечения Ребенка, а также последующего предоставления отчетности уполномоченным органам и Донорам и может производиться в форме сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), передачи (распространения, предоставления, доступа),

использования, блокирования и уничтожения указанных персональных данных в течение срока Программы и в течение 5 (пяти) лет с даты окончания реализации Программы Фондом. По истечении указанного срока персональные данные подлежат уничтожению Фондом в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Подписанием настоящего заявления Заявитель дает согласие на передачу, обработку данных о номере телефона (номере мобильного телефона), указанного в настоящем заявлении, организации ООО «Платежи онлайн» (ОГРН 1127746073201, адрес местонахождения: 129164, г. Москва, Ракетный бульвар, д.16, пом. XL комн. 15-20, в целях информирования Заявителя, связанного с целями настоящего заявления, в том числе пунктом 9 настоящего заявления.

10. Заявитель также подтверждает право Фонда предоставить доступ неограниченного круга лиц к персональным данным Заявителя и Ребенка (включая фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адреса, телефоны, паспортные данные, информацию о состоянии здоровья, фотоматериалы), в том числе путем опубликования этих данных на сайте Фонда и на других сайтах в сети Интернет. Заявитель также подтверждает право Фонда передавать персональные данные Заявителя и Ребенка (включая фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адреса, телефоны, паспортные данные, информацию о состоянии здоровья, фотоматериалы) третьим лицам. Заявитель имеет право отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем направления письма в электронной форме сотруднику Фонда. После получения письма с отзывом согласия на обработку персональных данных Фонд уничтожит персональные данные Заявителя и Ребенка в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

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

**Также 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 и подпись Заявителя)**

## Сведения о выгодоприобретателе - физическом лице

От клиента Банка \_\_\_\_\_,  
(наименование ЮЛ, ИП или ФИО физического лица)

действующего к выгоде нижеуказанного лица при проведении банковских операций и иных сделок

### Сведения о выгодоприобретателе:

Фамилия, имя и отчество	
Дата рождения	
Место рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность	Вид документа _____ Серия и номер _____ Наименование органа, выдавшего документ _____ _____ _____ Дата выдачи _____ код подразделения (если имеется) _____
<i>Заполняется только для иностранных граждан или лиц без гражданства: Данные миграционной карты</i>	номер _____ дата начала _____ дата окончания _____
<i>Заполняется только для иностранных граждан или лиц без гражданства: Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации</i>	Вид документа _____ серия (если имеется) и номер документа _____ дата начала _____ дата окончания _____
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания	
Идентификационный номер налогоплательщика (если имеется)	
Номера контактных телефонов и факсов (если имеются)	

*Подтверждаю действительность предоставленных сведений, иными сведениями о выгодоприобретателе не располагаю.*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(должность представителя ЮЛ, ИП) (подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_г. МП клиента