|  |  |
| --- | --- |
|  | Республиканский благотворительный фонд «Реафонд»450077, Республика Башкортостан,г. Уфа, ул. Коммунистическая, д.80 оф.38 этаж 2ИНН 0274944787 КПП 027401001р/с 40703810006000002305 в ПАО Сбербанк  к/с 30101810300000000601 БИК 048073601 ОГРН 1190280016772reafond.ru |

**Заявление на помощь**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Проживающий:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить благотворительную помощь на лечение моего сына / дочери / опекаемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клиника, цена лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование, почему у вас нет возможности оплатить лечение самостоятельно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Укажите, какую помощь вы хотите получить, если это не лечение в клинике\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Оригинал Обращения и заключения Медицинской организации, где будет проходить лечение Ребенка;

□ Справка об инвалидности (если есть) обязательна для диагнозов — ДЦП, органическое поражение ЦНС;

□ Выписка из амбулаторной карточки об истории болезни ребенка сроком действия не более 3 месяцев давности;

□ Счет Медицинской организации на оплату лечения Ребенка с разбивкой по услугам, подготовленный должным образом, выставленный на имя Плательщика, и\или счет Поставщика на оплату медицинских изделий, 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), ИНН и страховое свидетельство ;

□ 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;

□ Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении);

□ Свидетельство о расторжении брака (о смерти);

□ Справка о получении алиментов или же наоборот;

□ Справка о доходах всех членов семьи (за последние 3 месяца на момент подачи заявления, справки с пенсионного, с центра занятости населения — только для тех, кто состоит на учете)

□ Фотографии Ребенка (Два цветных фото ребенка в хорошем качестве и разрешении – в электронном варианте. Нечеткие фотографии маленького размера и фото, снятые на телефон, не принимаются.).

Настоящим Заявитель подтверждает, что:

1. Лечение не оплачивается из других источников;

2. Представленные им в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат достоверную информацию;

3. Дает согласие на фото-, видео-, ТВ-съемку и обязуется участвовать в них совместно с ребенком по требованию БФ «Реафонд». Подписывая настоящее заявление, осознает, что в случае немотивированного отказа в участии в таких съемках, а равно – отзыва разрешения, БФ «Реафонд» может отказать в получении благотворительной помощи. При необходимости 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 БФ «Реафонд»; Отказ от участия в мероприятиях Фонда, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка, может служить причиной отказа в предоставлении помощи по Заявлению. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись);

4. Обязуется предоставить копию выписного эпикриза из Медицинской организации, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3 (трех) рабочих дней после окончания лечения;

5. 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;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(подпись, ФИО полностью)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года