

**АНКЕТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО Ребенка** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Точный диагноз**  |  |
| **Лечебное учреждение, в котором состоите на учете** |  |
| **Лечащий врач** |  |
| **РОДИТЕЛИ** |  |
| **МАМА**  |  |
| ФИО, дата рождения, номер мобильного телефона |  |
| Адрес электронной почты, ссылка на страницы в социальных сетях |  |
| Место работы, должность |  |
| В каких общественных/некоммерческих организациях состоит |  |
| **ПАПА**  |  |
| ФИО, дата рождения, номер мобильного телефона |  |
| Адрес электронной почты, ссылка на страницы в социальных сетях |  |
| Место работы, должность |  |
| В каких общественных/некоммерческих организациях состоит |  |
| **Краткое описание болезни ребенка (с чего началось, как проявлялось заболевание, какое лечение уже прошли, каких результатов достигли)** |  |
| **Дополнительная информация о ребёнке** (номер д/с, школы, в какую группу или класс ходит, какие секции и кружки посещает, чем интересуется и т.д.) |  |
| **Семейное положение** (полная или неполная семья, сколько детей в семье (указать имена и даты рождения), материальное положение (является ли семья малоимущей) |  |
| **Обращения за помощью**  |  |
| Обращались ли в какие-либо другие фонды/организации; если да, то в какие? |  |
| Получали ли какую-либо помощь от других фондов; если да то, какую? |  |
| Получаете ли помощь сейчас; если да, то какую? |  |
| В каких государственных учреждениях проходили лечение? |  |
| В каких частных клиниках и реацентрах проходили лечение? |  |
| Какая помощь нужна (отметить нужное)* Реабилитационное лечение (указать клинику или реацентр)
 |  |
| * Оплата лечения в зарубежной клинике (указать клинику)
 |  |
| * Оплата лечения в российской клинике (указать клинику)
 |  |
| * Обеспечение расходными материалами к инсулиновой помпе
 |  |
| * Приобретение лекарственных препаратов (указать каких)
 |  |
| * Приобретение изделий медицинского назначения (указать каких)
 |  |
| * Оплата проезда, проживания
 |  |
| Как Вы впервые узнали о нашем Фонде? |  |
| Готовы ли вы оказывать помощь в сборе средств? |  |

Президенту Благотворительного фонда «Изгелек»

Гильмановой Л.Н.

От Ивановой А.А

Проживающей по адресу:

РБ Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление

Прошу оказать помощь моему сыну Иванову В.В.

- Возраст ребенка.

- Какую помощь вы хотите получить.

-Обоснование, почему у вас нет возможности оплатить лечение самостоятельно.

**Дата и подпись**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ****«БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «ИЗГЕЛЕК»****(Благотворительный фонд «Изгелек»)****ул. Зайнаб Биишевой, д.12,** **г. Уфа,****Республика Башкортостан,** **Россия,** **450074****Тел./факс +7 (347)246-23-68,****e-mail:**  **info@izgelek.com****, сайт: www.izgelek.com****ОКПО 92842250, ОГРН 1110200006025,****ИНН 0277985598, КПП 027401001** | C:\Users\andreeva.7TOPUFA.000\Desktop\Изгелек Анастасия\Изгелек ДОБРО.png | **КОММЕРЦИЯЛАШМАҒАН ОЙОШМА****«ИЗГЕЛЕК» ХӘЙРИӘ ФОНДЫ»****(«Изгелек» хәйриә фонды)**Зәйнәб Биишева ур., 12-се йорт, Өфө ҡ., Башҡортостан Республикаһы, Рәсәй, 450074**Тел./факс +7 (347)246-23-68,****e-mail:**  **info@izgelek.com****, сайт: www.izgelek.com****ОКПО 92842250, ОГРН 1110200006025,****ИНН 0277985598, КПП 027401001** |

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес по прописке\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, дата рождения ребенка)\*

 **\*данный пункт заполняется только в случае, если заявление об оказании помощи пишется от законного представителя (матери, отца, опекуна) Если вы пишете заявление об оказании помощи Вам (для тех кто старше 18 и дееспособен), данный пункт не заполняется.**

в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ даю свое согласие Благотворительному Фонду «Изгелек» на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным законом (сбор, запись, систематизация, автоматизированная обработка, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передача), следующих персональных данных обо мне/ребенке: ФИО, данные свидетельства о рождении, паспорта, диагноз, сведения о социальном положении семьи, сведения о составе семьи, личных качествах, фотографии и видеоизображения мои/ребенка без ограничения по срокам. Даю согласие на размещение этих данных на сайте фонда «Изгелек» izgelek.com, на страницах фонда в социальных сетях, в печатной продукции фонда, в онлайн-рекламе (баннеры, объявления, буклеты, листовки, информационные листы на ящиках пожертвования фонда и пр.) и в средствах массовой информации.

Фонд «Изгелек» обрабатывает предоставленные персональные данные для поиска благотворительных пожертвований на оказание помощи заявителю (мне/ребенку).

Дата

Подпись