

**Приложение №1**  
**к Положению о реализации благотворительной**  
**программы БФ им. А.Ф. Романовой «Здоровье»**

**Заявление**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_,  
(далее - Благополучатель), прошу оказать благотворительную помощь в рамках благотворительной программы Фонда «Здоровье» (далее – Программа).

**1. Краткое описание причин и обстоятельств, в силу которых возникла необходимость в получении благотворительной помощи** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Предполагаемое целевое использование благотворительной помощи** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:**

(отметьте «галочкой» те документы, которые приложены к заявлению):

Копия\* всех (включая незаполненные) страниц паспорта Благополучателя (его законного представителя);

Копия\* свидетельства о рождении (с двух сторон с отметкой о гражданстве);

Копия\* заключения специалиста лечебного учреждения, где планируется провести лечение Благополучателя, с обоснованием выбора метода лечения или использования для лечения товаров (материалов) медицинского назначения. Заключение оформляется на бланке учреждения, заверяется руководителем учреждения (или иным уполномоченным на то лицом) и скрепляется печатью учреждения или врача;

Счет лечебного учреждения за лечение Благополучателя, с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Благополучателя, заверенный подписями руководителя лечебного учреждения или иного уполномоченного лица и главного бухгалтера, скрепленный печатью лечебного учреждения, и/или счет компании-дистрибьютора (Компании-производителя) на оплату товаров (материалов) медицинского назначения, включенных в Программу, применение которых необходимо для проведения лечения Благополучателя. Либо другие документы, в том случае, если в качестве гарантии оплаты лечения, товаров (материалов) медицинского, Фонду необходимо предоставить гарантийное письмо;

Письменный отказ от органа управления здравоохранением в регионе прописки Благополучателя в предоставлении Благополучателю федеральной квоты на лечение его заболевания;

Фотография Благополучателя (размер не менее 6x8 см, с четким изображением; можно в электронном виде).

**3. Для включения в Программу Благополучатель соответствует следующим условиям:**

(отметьте «галочкой» те условия, которым соответствуете):

Благополучатель является гражданином Российской Федерации (также допустимо двойное гражданство);

Возраст Благополучателя на момент приема Заявления не превышает 14 лет. Допустимо, если возраст Благополучателя на момент подачи Заявления меньше 14 лет, но будет составлять

\* Копии должны быть заверены одним из перечисленных способов (любым):

а) сотрудником Программы при очном обращении Заявителя (при предъявлении оригиналов документов);

б) нотариусом;

в) по месту работы Благополучателя;

14 полных лет на момент начала лечения, учитывая период рассмотрения Заявления и/или очередь на лечение в Лечебном учреждении;

Благополучатель предоставляет Заявление на включение в Программу согласно настоящей форме и прилагает все без исключения необходимые документы. Допустима подача Заявления от Благополучателя, обратившегося в Программу ранее; в этом случае Заявление рассматривается на общих основаниях;

Заболевание, в отношении лечения которого подано Заявление, не входит в список заболеваний, не включенных в Программу (Приложение №2);

Предполагаемый в Заявлении метод лечения Благополучателя:

Не входит в список методов лечения, исключенных из финансирования Программой (Приложение №3);

Обоснован специалистом Лечебного учреждения;

Лечение планируется проводить в российском либо зарубежном Лечебном учреждении, обладающем необходимым для лечения материально-техническим обеспечением и штатными либо приглашенными специалистами, что подтверждается письмом, подписанным руководителем Лечебного учреждения или иным уполномоченным лицом и заверенным печатью Лечебного учреждения. В случае если документы (счёт на лечение, письмо и т.д.) существуют на иностранном языке, Благополучател. необходимо предоставить в Фонд их нотариально заверенный перевод на русский язык.

**Заявленные к оплате товары (материалы) медицинского назначения:**

Не входят в список методов лечения, исключенных из финансирования Программой (Приложение №3);

Их применение обосновано специалистом лечебного учреждения;

Разрешены к применению на территории страны, где происходит лечение Благополучателя;

Существует возможность проведения расчетов между Фондом и Лечебным учреждением и/или между Фондом и Компанией-поставщиком в безналичной форме.

**4. Настоящим Благополучатель подтверждает, что ознакомлен и согласен со следующими положениями:**

1) Выполнены все необходимые условия для включения Благополучателя в Программу;

2) Благополучатель ознакомлен с Положением о Программе Фонда «Здоровье»;

3) Представленные Благополучателем в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат достоверную информацию;

4) В случае ухудшения состояния здоровья Благополучателя вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления необходимых для оплаты лечения (товаров, материалов медицинского назначения) финансовых средств, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, Благополучатель и/или уполномоченные им лица не имеют ни к Фонду, ни к Донорам Программы никаких претензий;

5) В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Благополучателя вплоть до смертельного исхода, Благополучатель и/или уполномоченные им лица не имеют ни к Фонду, ни к Донорам Программы никаких претензий;

6) В случае принятия Фондом положительного решения о предоставлении финансирования Благополучатель дает разрешение Фонду и/или третьим лицам с согласия Фонда на использование и публикацию информации, представленной Благополучателем для участия в Программе. Использование и публикация информации Фондом и/или третьими лицами с согласия Фонда осуществляется без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций. Использование и публикацию информации, представленной Благополучателем Фонду и/или третьим лицам с согласия Фонда в рамках реализации Программы осуществляется, в частности, для информирования общественности и третьих лиц о необходимости лечения Благополучателя, для привлечения средств на лечение Благополучателя, для информирования Доноров о результатах лечения Благополучателя и в иных случаях. Благополучатель дает разрешение Фонду и/или третьим лицам с согласия Фонда на использование и публикацию информации, представленной Благополучателем для участия в Программе включая фамилию, имя и отчество, год рождения, регион проживания, историю заболевания, данные, подтверждающие состояние здоровья, прохождение и результаты лечения, место проведения лечения и фотографию Благополучателя.

7) При необходимости Благополучатель готов принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований для оказания благотворительной помощи, и сбора необходимой информации в рамках реализации Программы.

8) В случае получения Благополучателем финансирования, подлежащего финансированию по Программе, из иных источников или отмене, переносе, изменении типа, стоимости лечения, Благополучатель обязуется устно или письменно уведомить об этом Менеджера программы в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения данной информации.

9) Благополучатель обязуется предоставить в Фонд документы, подтверждающие факт оказания благотворительной помощи компанией-поставщиком или иным третьим лицом (если благотворительная помощь предоставляется в виде оплаты их услуг или товаров), в течение 3 (трех) рабочих дней после оказания благотворительной помощи. Выписка из лечебного учреждения, где проводилось лечение по Заявлению, предоставляется в течение 3 (трех) рабочих дней после окончания лечения. В противном случае Благополучатель принимает на себя обязательства вернуть Фонду всю сумму благотворительной помощи в течение 3 (трех) месяцев от даты оказания Фондом благотворительной помощи оказанной компанией-поставщиком или иным третьим лицом (если благотворительная помощь предоставляется в виде оплаты их услуг или товаров) или в течение 3 (трех) месяцев от даты выписки из лечебного учреждения, после оплаченного Фондом лечения, если иное не предусмотрено условиями договора.

10) Получение настоящего Заявления Фондом и получение Благополучателем положительного решения оформленного в письменном виде за подписью Президента Фонда о предоставлении благотворительной помощи в ответ на Заявление подтверждает намерения Благополучателя принять от Фонда единовременную благотворительную помощь и намерение Фонда оказать такую благотворительную помощь, и является фактом заключенного договора о предоставлении единовременной помощи между Фондом и Благополучателем путем обмена указанными документами.

11) Контактные данные:

Адрес для переписки (с указанием индекса): \_\_\_\_\_

Домашний телефон (с кодом города): \_\_\_\_\_

Рабочий телефон (с кодом города): \_\_\_\_\_

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

12) **Настоящим Благополучатель подтверждает:**

✓ Что настоящее Заявление подписано им добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера;

✓ Что Благополучателю понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем Заявлении, а также все проистекающие из них обязательства и действия Благополучателя;

✓ Что Благополучатель предупрежден об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных (поддельных) документов и информации;

✓ Что Благополучатель согласен, что представленные им документы и информация будет проверена всеми законными способами;

✓ Что в случаях предоставления Благополучателем заведомо ложных (поддельных) документов и информации Фонд оставляет за собой право обратиться с заявлением о проверке данного факта в правоохранительные органы.

---

(ФИО полностью и подпись Заявителя)

13) Подача Заявления происходит непосредственно в Фонд по указанному в Положении адресу, по предварительной договорённости о встрече по телефону или электронной почте с Менеджером Программы.

**5. Заявление принял Менеджер Программы:**

5.1. Порядковый входящий номер \_\_\_\_\_

5.2. Количество листов Заявления (прописью) \_\_\_\_\_

5.3. Количество листов приложения (прописью) \_\_\_\_\_

---

(Ф.И.О.)

---

(подпись)

---

(дата)