**Приложение №2**

**К Положению о Благотворительной программе**

**«Красивые дети»**

**Директору Благотворительного фонда**

**«Красивые дети в красивом мире»**

**Синицыной В.Я.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**105066, Российская Федерация, Москва,**

**ул. Нижняя Красносельская. 40/12, корпус 20.**

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(заполняется сотрудником Благотворительного Фонда)*

**Заявление о предоставлении благотворительной помощи**

**в рамках Благотворительной программы «Красивые дети»**

Я, (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее - **Заявитель**), паспорт гражданина РФ: серия \_\_\_ номер \_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем (ФИО, пол, дата рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(далее – **Ребенок**), проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

наименование, номер, дата и место выдачи документа, подтверждающего полномочия (статус) законного представителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 в соответствии с условиями Благотворительной программы «Красивые дети» (далее – **Программа**), реализуемой Благотворительным фондом «Красивые дети в красивом мире» (далее - **Фонд**), прошу предоставить благотворительную помощь на лечение и пребывание Ребенка в медицинском учреждении (наименование, адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю, что:**

* + 1. Ознакомлен и согласен с условиями Положения о Благотворительной Программе и Приложениями к нему;
		2. Представленные мною в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат актуальную и 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, выступая как законный представитель Ребенка, не буду иметь ни к Фонду, ни к донорам (благотворителям) Фонда/Программы никаких претензий;
		4. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния здоровья Ребенка вплоть до смертельного исхода, выступая как законный представитель Ребенка, не буду иметь ни к Фонду, ни к донорам (благотворителям) Фонда/Программы никаких претензий;

5. При необходимости я 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. Я обязуюсь ***предоставить копию выписного эпикриза*** из лечебного учреждения, где будет проводиться лечение Ребенка по Заявлению, в течение 3 (трех) рабочих дней после окончания лечения.

7. Я обязуюсь ***незамедлительно информировать Фонд*** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских товаров/услуг, подлежащих финансированию по Программе, из иных источников.

**Согласие на обработку персональных данных Ребенка**

Я своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем Ребенка и действуя в его интересе, в соответствии со ст. 6,9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года даю согласие Фонду на то, чтобы Фонд в целях рассмотрения возможности и принятия решения об оказании благотворительной помощи Ребенку, организации и проведения сбора средств на лечение Ребенка (в том числе через сеть Интернет), информирования третьих лиц, в том числе потенциальных и действительных благотворителей, о необходимом и/или проведенном Ребенку лечении, его этапах и результатах, направлениях расходования пожертвований, полученных Фондом для оказания благотворительной помощи, а также последующего представления Фондом отчетности уполномоченным органам и благотворителям осуществлял обработку персональных данных Ребенка, включая, в частности, следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол; гражданство; адрес проживания, данные документов, удостоверяющих личность (паспорт и пр.), родственные отношения, а также статус Заявителя как законного представителя Ребенка (при наличии); данные об имущественном положении Ребенка; информацию о состоянии здоровья Ребенка, включая диагноз, сведения о необходимом/проведенном лечении, данные промежуточных/выписных эпикризов, заключений по результатам обследования Ребенка, фотоматериалы (далее – Персональные данные Ребенка). Я уведомлен(-а) о возможности получения Персональных данных Ребенка и даю согласие на получение Персональных данных Ребенка в документальной и/или электронной форме от медицинского учреждения, указанного в настоящем Заявлении и в котором планируется проведение лечения Ребенка, для целей рассмотрения возможности и принятия решения об оказании благотворительной помощи Ребенку и иных целей. Обработка персональных данных Ребенка производится с использованием средств автоматизации или без использования таких средств и включает в себя: в том числе: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, распространение (в том числе обнародование Персональных данных Ребенка в средствах массовой информации, размещение в информационно-телекоммуникационных сетях (включая страницы/сайт Фонда в сети Интернет), предоставление, доступ), в том числе в медицинское учреждение, указанное в настоящем Заявлении, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и другие действия в отношении Персональных данных Ребенка для вышеуказанных целей. Указанное в настоящем Заявлении согласие на обработку персональных данных предоставляется Заявителем, как законным представителем Ребенка, на пять лет, а в случае, если лечение Ребенка, проводимое за счет благотворительной помощи Фонда, является поэтапным и длится более пяти лет – согласие действует в течение всего срока лечения и одного года после его окончания (для информирования о результатах лечения и предоставления отчетности). Окончание срока действия согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных Ребенка, начиная с даты прекращения действия согласия, но не распространяется на публикации, размещенные Фондом до истечения срока его действия. Согласие может быть отозвано Заявителем в отношении Ребенка, законным представителем которого он является, путем направления письменного уведомления по адресу места нахождения Фонда. Указанное уведомление должно содержать все реквизиты, необходимые для идентификации Ребенка. Обработка Фондом персональных данных Ребенка прекращается в срок не позднее тридцати календарных дней с даты получения соответствующего уведомления. Заявитель понимает и соглашается с тем, что в случае отзыва согласия на обработку Персональных данных Ребенка, Фонд утратит возможность выполнения своих функций, предусмотренных Программой в отношении Ребенка, и оказание благотворительной помощи в рамках Программы такому Ребенку прекращается.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ФИО Заявителя

**Согласие на обработку персональных данных Заявителя**

Я, своей волей и в своем интересе в соответствии со ст. 6,9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года даю согласие Фонду на то, чтобы Фонд в целях рассмотрения возможности и принятия решения об оказании благотворительной помощи Ребенку, организации и проведения сбора средств на лечение Ребенка (в том числе через сеть Интернет), информирования третьих лиц, в том числе потенциальных и действительных благотворителей, о необходимом и/или проведенном Ребенку лечении, его этапах и результатах, направлениях расходования пожертвований, полученных Фондом для оказания благотворительной помощи, а также последующего представления Фондом отчетности уполномоченным органам и благотворителям осуществлял обработку моих персональных данных как Заявителя, включая, в частности, следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол; гражданство; адрес проживания, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные документов, удостоверяющих личность (паспорт и пр.), родственные отношения, а также статус Заявителя как законного представителя Ребенка (при наличии); данные об имущественном положении Заявителя, месте работы Заявителя; фотоматериалы (далее – Персональные данные Заявителя). Я уведомлен(-а) о возможности получения Персональных данных Заявителя и даю согласие на получение Персональных данных Заявителя в документальной и/или электронной форме от медицинского учреждения, указанного в настоящем Заявлении и в котором планируется проведение лечения Ребенка, для целей рассмотрения возможности и принятия решения об оказании благотворительной помощи Ребенку и иных целей. Обработка персональных данных Заявителя производится с использованием средств автоматизации или без использования таких средств и включает в себя: в том числе: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, распространение (в том числе обнародование Персональных данных Заявителя в средствах массовой информации, размещение в информационно-телекоммуникационных сетях (включая страницы/сайт Фонда в сети Интернет), предоставление, доступ), в том числе в медицинское учреждение, указанное в настоящем Заявлении, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и другие действия в отношении Персональных данных Заявителя для вышеуказанных целей. Указанное в настоящем Заявлении согласие на обработку Персональных данных Заявителя предоставляется Заявителем на пять лет, а в случае, если лечение Ребенка, проводимое за счет благотворительной помощи Фонда, является поэтапным и длится более пяти лет – согласие действует в течение всего срока лечения и одного года после его окончания (для информирования о результатах лечения и предоставления отчетности). Окончание срока действия согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных Заявителя, начиная с даты прекращения действия согласия, но не распространяется на публикации, размещенные Фондом до истечения срока его действия. Согласие может быть отозвано Заявителем в отношении себя путем направления письменного уведомления по адресу места нахождения Фонда. Указанное уведомление должно содержать все реквизиты, необходимые для идентификации Заявителя. Обработка Фондом персональных данных Заявителя прекращается в срок не позднее тридцати календарных дней с даты получения соответствующего уведомления. Заявитель понимает и соглашается с тем, что в случае отзыва согласия на обработку Персональных данных Заявителя, Фонд утратит возможность выполнения своих функций, предусмотренных Программой в отношении Ребенка, и оказание благотворительной помощи в рамках Программы такому Ребенку прекращается.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ФИО Заявителя

**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 (e-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для рассмотрения возможности оказания благотворительной помощи к настоящему заявлению я прилагаю следующие документы:

1. Копия паспорта Заявителя (только 2 и 3 страницы, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
2. Копия свидетельства о рождении Ребенка (для детей всех возрастов (дети старше 14 лет - при наличии);
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 (или справка лечебного учреждения о стоимости лечения Ребенка, включенного в Программу), оформленный 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 10х15 см, с четким изображением, сделанная не более 6 месяц назад).
9. Данные об имущественном положении Заявителя (семьи) с указанием места работы, должности Заявителя (родителей(я)) и доходов (в свободной форме).

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

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

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

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

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

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

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

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

Настоящим я подтверждаю, что данное заявление подписано мной добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера. Также я подтверждаю, что мне понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем заявлении, у меня была возможность до подписания заявления задать любые вопросы относительно его содержания и последствий его подачи, а также условий участия в Программе, получения благотворительной помощи Фонда и моих обязательств/необходимых действий в связи с получением такой помощи. Мною получены необходимые разъяснения и уточнения.

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

ФИО полностью и подпись Заявителя

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