

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ФИО

Паспорт	Серия:	Номер:	
Кем выдан			
Дата выдачи	Код подразделения		
Контактная информация	Телефон 1	Телефон 2	E-mail
Прошу оказать благотворительную помощь	мне <input type="radio"/>	иному лицу <input type="radio"/>	

СВЕДЕНИЯ О БЛАГОПОЛУЧАТЕЛЕ (НУЖДАЮЩЕМСЯ В ПОМОЩИ)

ФИО (заполняется, если помощь нужна не Вам)

Кем для Заявителя является Благотолучатель

Дата рождения				
Паспорт	Серия:	Номер:		
Дата выдачи	Код подразделения			
Контактная информация	Телефон 1	Телефон 2	E-mail	
Адрес проживания	Индекс	Область		
Населенный пункт				
Улица		Дом	Стр./Корп.	Квартира

СВЕДЕНИЯ О НЕОБХОДИМОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Вид помощи	Лечение (приобретение медицинских препаратов, оплата курса процедур и пр.)	В России <input type="radio"/>	За рубежом <input type="radio"/>
	Операция	В России <input type="radio"/>	За рубежом <input type="radio"/>
	Реабилитация		<input type="radio"/>
	Технические средства реабилитации		<input type="radio"/>
	Медицинское оборудование (приборы, аппаратура и пр.)		<input type="radio"/>

Другое (укажите)

Я подтверждаю, что вся информация, указанная мной в настоящем заявлении, является достоверной. Настоящим Заявлением выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку моих персональных данных и данных Благотолучателя, если я представляю его интересы, согласно подписанному мной Согласию на обработку персональных данных.

Я осведомлен(а), что Фонд не перечисляет собранные средства напрямую Заявителя, а оплачивает услуги, путем перечисления денежных средств по платежным поручениям учреждений, в которых будет оказываться помощь Благотолучателю. Так же Фонд самостоятельно по выставленным счетам организаций приобретает для Благотолучателя необходимые медицинские препараты, оборудование, технические средства реабилитации и прочее.

Я осведомлен(а), что Фонд вправе отказать в открытии сбора помощи без объяснения причины. В случае принятия положительного решения о предоставлении финансирования, даю свое разрешение на использование и публикацию информации, предоставленной мной для оказания помощи, указанной в Заявлении.

Я соглашаюсь с тем, что, если собранная сумма окажется больше указанной или будет оплачена из иного источника, Фонд вправе использовать собранные средства для других нуждающихся.

Я осведомлен(а), что в случае предоставления недостоверной информации или документов для рассмотрения настоящего Заявления, Фонд вправе отказать в помощи, а собранные средства направить на реализацию иных уставных целей Фонда.

В случае организации помощи другими фондами, а также частными лицами обязуюсь предоставлять Фонду всю информацию о собранных средствах и их использовании.

Я даю свое разрешение на использование и публикацию информации (без ограничения по количеству повторов и срокам

использования и размещения публикаций) Фонду и/или третьим лицам, действующим с согласия Фонда в рамках реализации уставных целей Фонда. Для информирования общественности и третьих лиц о необходимости помощи мне и/или лицу, указанному в Заявлении в качестве Благополучателя, для привлечения средств на вышеуказанную помощь, для информирования жертвователей о результатах после получения вышеуказанной помощи и в иных случаях разрешаю использовать и публиковать информацию, включая мои ФИО и/или ФИО иного лица, указанного в Заявлении в качестве Благополучателя, год рождения, регион проживания, историю заболевания, данные, подтверждающие состояние моего здоровья и/или состояние здоровья иного лица, указанного в Заявлении в качестве Благополучателя, прохождение и результаты лечения, место проведения лечения и фотографию Благополучателя.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения конфликтных ситуаций с Благополучателем или иными представителями Благополучателя, данные вопросы Заявитель решит самостоятельно.

Я подтверждаю, что настоящее Заявление подписано мной добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера.

Мне понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем Заявлении, а также все проистекающие из них мои обязательства и действия.

ФИО И ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ		
ФИО (полностью)		
Подпись		Дата
Благотворительный фонд помощи взрослым с тяжелыми заболеваниями «ЛЮДИ-ЛЮДЯМ» ОГРН: 1187700022388 ИНН: 7704469916 КПП: 770401001 Юридический адрес: 119019, город Москва, улица Арбат, дом 6/2, оф. 218 8(800) 222-76-10 (звонок бесплатный), help@peoplefund.ru		