Благотворительный фонд помощи
наименее защищённым слоям населения «Дом Доброты»

Charitable Foundation for the least protected segments of the population "house of Kindness"

105318 Moscow , Semenovskaya square, 7, POM .III , com . 17.
www. domdobroty.com.
Istogram. dom_dobroty.
tel: 8 (966) 085-49-49.
INN: 7719477726. CHECKPOINT: 771901001 OGRN: 1187700006526

105318 г. Москва , Семеновская площадь, д. 7, пом .III , ком . 17.
www. domdobroty.com.
Инстограм. dom_dobroty.
тел: 8(966) 085-49-49.
ИНН: 7719477726. КПП: 771901001 ОГРН : 1187700006526

ОБРАЗЕЦ

Генеральному директору Благотворительного фонда
«Дом доброты» Консол И.Г.
От **Алиевой Адели Алиевны**
г. Москва, ул. Партизанская, д.9, кв.126
Адрес прописки
г. Москва, ул. Партизанская, д.9, кв.126
Адрес проживания
паспорт серия 50 04 №121032, выдан Отделом УФМС
России по г. Москва, 12.06.2016, к-п 770-002

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении благотворительной помощи

в соответствии с благотворительной программой **«РАДОСТЬ ИСЦЕЛЕНИЯ»**

Я, **Алиева Аделя Алиевна** (далее - Заявитель), в связи со сложным материальным положением моей семьи прошу предоставить благотворительную помощь **на мое лечение (моего ребенка Алиева Саида Магомедовича 27.12.2014 г.р.)**, в глазной клинике «Ясный взор» на Неглинной в связи с диагнозом - врожденная патология органа зрения, частичная атрофия зрительного нерва обоих глаз, горизонтальный нистагм, миопия слабой степени обеих глаз, слабовидение.

Настоящим подтверждаю, что

1. представленные мною в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию;
2. я ознакомлена и согласна с условиями благотворительной программы;
3. в случае ухудшения состояния **моего (моего ребенка)** здоровья вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления средств, необходимых для оплаты **операции в глазной клинике «Ясный взор» на Неглинной,** в связи с чем операция не была начата сразу после подачи заявления, не имею к Благотворительному фонду «Дом доброты» никаких претензий;
4. в случае принятия положительного решения о предоставлении материальной помощи на оплату **операции в глазной клинике «Ясный взор» на Неглинной,** даю разрешение на обработку в виде сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения, использования, обезличивания, распространения фото и видео материалов для публикации в СМИ, в том числе подтверждающих состоянии здоровья и прохождении **моего лечения (моего ребенка),** наших персональных данных, а именно - фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, телефонов, паспортных данных, как Благотворительным фондом «Дом доброты», так и третьими лицами;
5. при необходимости готова принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на **операцию в глазной клинике «Ясный взор» на Неглинной,** либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении **лечения**;

105318 Moscow , Semenovskaya square, 7, POM .III , com . 17.
www. domdobroty.com.
Istogram. dom_dobroty.
tel: 8 (966) 085-49-49.
INN: 7719477726. CHECKPOINT: 771901001 OGRN: 1187700006526

105318 г. Москва , Семеновская площадь, д. 7, пом .III , ком . 17.
www. domdobroty.com.
Инстограм. dom_dobroty.
тел: 8(966) 085-49-49.
ИНН: 7719477726. КПП: 771901001 ОГРН : 1187700006526

6. обязуюсь ***своевременно сообщать*** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости **операции**, а также об оплате **операции**, подлежащей финансированию по Программе, из иных источников;

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

Мобильный телефон: + 7 (992) 313 14 37

Адрес электронной почты: **Alieva.a@mail.ru**

Настоящим я подтверждаю, что настоящее заявление подписано мной добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера, что мне понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем заявлении, а также все проистекающие из них мои обязательства и действия.

01.01.2021 года	_____	Алиева А.А.
дата	подпись	ФИО