## ИСПОЛНИТЕЛЬНОМУ Директору

## Благотворительного Фонда

## «ПАМЯТЬ ПОКОЛЕНИЙ»

## Е.Г. КРУГЛОВОЙ

### **Заявление о предоставлении благотворительной помощи**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сведения о заявителе ***(заполняется только в случаях: 1. если интересы ветерана представляет доверенное лицо по нотариально удостоверенной доверенности; 2. если имеется акт об установлении опеки (попечительства))*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, Имя, Отчество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт | серия | |  | | номер | | |  | | | | | | | | | | | Кем выдан | | | |
| Дата выдачи |  | | | | | | | | Телефон 1 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон 2 |  | | | | | | Электронная почта | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Адрес регистрации | | Индекс | | |  | | | | | | | | | |
| Область |  | | | | | | | | | | | | Населенный пункт | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Улица |  | | | | | | | | | | | | дом |  | | | | Стр / Корп | | | |  | | Кв |  | | | | |
| Адрес проживания  *(указать, если не совпадает с адресом регистрации)* | | Индекс | | |  | | | | | | | | | |
| Область |  | | | | | | | | | | | | Населенный пункт | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Улица |  | | | | | | | | | | | | дом |  | | | | Стр / Корп | | | |  | | Кв |  | | | | |
| Прошу оказать благотворительную помощь ветерану  *(указать Ф.И.О.)* | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о доверенности заявителя *(номер, кем и когда выдана, срок действия)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Сведения об акте об установлении опеки (попечительства) *(дата, кем и когда выдан)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| СВЕДЕНИЯ О ВЕТЕРАНЕ (благополучателе) ***(заполняет ветеран)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, Имя, Отчество  Дата рождения *(число, месяц, год)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт | серия | | |  | | | номер | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Кем выдан | |  | |
| Дата выдачи |  | | | | |
| Ветеранское удостоверение *(указать название, номер, кем и когда выдано)* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон 1 |  | | | | | | | | | | | Телефон 2 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Электронная почта |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес регистрации | | Индекс | | |  | | | | | | | | | |
| Область |  | | | | | | | | | | | | Населенный пункт | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Улица |  | | | | | | | | | | | | дом |  | | | | Стр / Корп | | | |  | | Кв |  | | | | |
| Адрес проживания  *(указать, если не совпадает с адресом регистрации)* | | Индекс | | |  | | | | | | | | | |
| Область |  | | | | | | | | | | | | Населенный пункт | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Улица |  | | | | | | | | | | | | дом |  | | | | Стр / Корп | | | |  | | Кв |  | | | | |
| СВЕДЕНИЯ о необходимой БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид необходимой помощи** | | | | | Лечение | | | | | | Реабилитация | | | | | | | Технические средства реабилитации | | | | | | | | | | | Медикаменты |
| Операция | | | | | | | Медицинские приборы, аппаратура и другие товары мед. назначения | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Другое | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дополнительная информация**  *(описать состояние здоровья и конкретный предмет обращения)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о ветеране** *(в каких боевых действиях принимал участие, есть ли инвалидность, звание, награды, чем занимается в настоящее время)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Все документы направлять по адресу электронной почты:** [**info@гвоздика.рф**](mailto:info@гвоздика.рф) **или** [**nrusakova@gvozdika.org**](mailto:nrusakova@gvozdika.org) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Настоящим Заявлением выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку моих персональных данных и данных Благополучателя, согласно Приложению № 1 к настоящему Заявлению.
* В случае принятия положительного решения о предоставлении финансирования, даю разрешение на использование и публикацию информации, предоставленной мной для оказания помощи, указанной в настоящем Заявлении.
* Обязуюсь своевременно информировать Фонд о любых изменениях, касающихся указанной в заявлении просьбы, и отчитываться перед Фондом о расходовании средств, в том числе и документально.
* Осведомлен, что в случае предоставления недостоверной информации или документов для рассмотрения настоящего Заявления, Фонд вправе отказать в помощи.
* Разрешение на использование и публикацию представленной информации даю (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. В частности, для информирования общественности и третьих лиц о необходимости помощи мне и/или иному лицу, указанному в Заявлении, 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, год рождения, регион проживания, историю заболевания, данные, подтверждающие состояние моего здоровья и/или состояние здоровья иного лица, указанного в Заявлении, прохождение и результаты лечения, место проведения лечения.
* Согласен, что в случае возникновения конфликтных ситуаций с иными представителями Благополучателя, данные вопросы Заявитель решат самостоятельно.
* 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО полностью ***(ветерана или заявителя)*** | | | |
| Дата |  | Подпись |  |