

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

(заполняется собственноручно)

Генеральному директору
Благотворительного фонда «Хофф»
Мамаевой И.А.

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

от _____ (далее – Заявитель)
(ФИО)

паспорт _____, выдан
(серия) (номер)

_____ (кем выдан)

_____ (дата выдачи)

Заявление

Прошу предоставить благотворительную помощь на лечение моего сына /дочери /опекаемого

_____ (ФИО Ребёнка)

_____ (дата рождения)

по диагнозу _____

Вид лечения _____

Наименование медицинского изделия (если необходимо) _____

Стоимость медицинского изделия _____ Стоимость лечения _____

Медицинская организация _____

Причина обращения за благотворительной помощью в БФ «Хофф»
(раскрыть) _____

Подпись: _____

Для рассмотрения Заявления прилагаются следующие документы (отметьте любым знаком):*

- Оригинал Обращения и заключения Медицинской организации, где будет проходить лечение Ребенка;
- Счет Медицинской организации на оплату лечения Ребенка с разбивкой по услугам, включенным в Программу, подготовленный должным образом, выставленный на имя Плательщика, и/или счет Поставщика на оплату медицинских изделий, включенных в Программу, необходимых для проведения лечения Ребенка;

- Копия паспорта Заявителя (только 2-й и 3-й страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
- Копия свидетельства о рождении Ребенка (для детей всех возрастов, в т.ч. старше 14 лет);
- Копия паспорта Ребенка — *для детей старше 14 лет* (только 2-й и 3-й страниц, а также страницы со штампом о последнем месте регистрации по месту жительства);
- 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*);
- Копия документа о смене фамилии Заявителя (в случае, если она отличается от указанной в свидетельстве о рождении);
- Фотография Ребенка (требования в инструкции для подачи заявления).

*Документы могут быть предоставлены в скан-копиях путем отправки по адресу электронной почты info@bfhoff.ru

Настоящим Заявитель подтверждает, что:

1. Лечение не оплачивается из других источников;
2. Он ознакомлен и согласен с условиями Положения о Благотворительной программе «Хофф», Приложениями к нему и публичной Офертой;
3. Он ознакомлен и согласен с тем, что пребывание в стационаре медицинского учреждения лица, сопровождающего Ребенка, не оплачивается.
4. Он ознакомлен и согласен с тем, что расходы на проезд не оплачиваются.
5. Представленные им в качестве приложений к настоящему Заявлению документы содержат достоверную информацию;
6. В случае ухудшения состояния здоровья Ребенка вплоть до наступления смертельного исхода во время сбора и перечисления средств, необходимых для оплаты лечения и (или) изделий медицинского назначения, в связи с чем лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
7. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния Ребенка вплоть до смертельного исхода, не имеет никаких претензий ни к Фонду, ни к донорам Программы;
8. При необходимости он готов принимать участие в мероприятиях, в том числе на ТВ, радио и иных СМИ, направленных на сбор пожертвований на лечение Ребенка либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении Ребенком лечения с помощью Программы; **Отказ** от участия в мероприятиях Фонда, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка, может служить причиной отказа в предоставлении помощи по Заявлению. _____ (подпись);
9. Обязуется **предоставить копию выписного эпикриза** из Медицинской организации, где проводилось лечение Ребенка по Заявлению, **в течение 3 (трех) рабочих** дней после окончания лечения;
10. Обязуется **в течение 3 (трех) дней сообщать** об отмене, переносе, изменении типа, стоимости операции, а также об оплате медицинских изделий (услуг), подлежащих финансированию по Программе, из иных источников;

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: _____

Также 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 и подпись Заявителя)