ЗАЯВКА НА ПОПЕЧЕНИЕ[[1]](#footnote-1)

Для того, чтобы ваша заявка была принята на рассмотрение, заполните, пожалуйста, заявку как можно полнее, и предоставьте копии следующих документов:
• Свидетельство о рождении ребёнка;
• СНИЛС ребёнка;
• Справка об инвалидности (если имеется);
• ИПР (если имеется);
• актуальные медицинские документы от профильных специалистов (ортопед/невролог) подтверждающие диагноз/состояние/требуемое лечение/препараты/аппараты и т.д. Дата выдачи справки должна быть не позднее одного месяца с даты подачи заявки;
• обращения и отказы в помощи из органов соцзащиты, Министерства здравоохранения РФ или региона (просьбы об оплате средств реабилитации, лекарств) (при наличии);
• Паспорт родителя (можно обоих родителей);
• СНИЛС родителя (можно обоих родителей);
• ИНН родителя (можно обоих родителей);
• Справка о составе семьи;
• Справка о доходах;
• Согласия на обработку персональных данных.

Копии этих документов необходимо направить на электронную почту благотворительного фонда «Милосердие»: miloserdie39@bk.ru

Весь пакет документов можно также самостоятельно принести в рабочее время в офис благотворительного фонда «Милосердие», где сотрудники сделают копии.

Если у вас возникли вопросы, позвоните по телефону: +7909-776-1144

Номер договора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Информация о ребенке:

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения |  |
| Регистрация п/ж |  |
| СНИЛС |  |
| ДиагнозКогда установлен? |  |
| Чем лечили/ какие операции проводили?Как поменялось самочувствие? |  |
| Необходимое лечение |  |
| Необходимая сумма |  |
| Откуда о нас узнали? |  |
| Согласие на обработку данных |  |

Информация о родителях[[2]](#footnote-2):

Таблица 1.

Мать/Отец/ Законный представитель (подчеркните нужное)

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт:серия/номерКогда/кем выдан/ код подразделенияАдрес регистрации  |  |
|  |
|  |
| ИНН |  |
| СНИЛС |  |
| Номер телефона |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Согласие на обработку данных |  |

Таблица 2

Мать/Отец/ Законный представитель (подчеркните нужное)

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт:серия/номерКогда/кем выдан/ код подразделенияАдрес регистрации  |  |
|  |
|  |
| ИНН |  |
| СНИЛС |  |
| Номер телефона |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Согласие на обработку персональных данных |  |

Для детей с диагнозом ДЦП (если нет, оставьте эту таблицу пустой):

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень моторных нарушений по шкале GMFCS: |  |
| Моторные навыки:(Если в коляске, то передвигается сам или нет? Может ли стоять? Если да, то с опорой или без? Сидит с поддержкой или сам? Может ли ползать, переворачиваться?) |  |
| Речевые навыки:Навыки самообслуживания: |  |
| Какие цели реабилитации преследуются (навыки; речь; ходьба; улучшение качества жизни и т.д.)? |  |

1. Фонд оставляет за собой право отказать в помощи в следующих случаях:

если документы являются неполными или их подлинность вызывает сомнение;

если требуемая медицинская помощь оказывается организациями или людьми, не имеющими официального права ее оказывать;

если экспертная комиссия фонда признает оказание помощи неэффективным (например, выбранный метод лечения или выбранное лекарство не применяется для лечения данного заболевания или в данном конкретном случае не может помочь);

если проситель помощи отказывается от общения с сотрудниками фонда, не отвечает на телефонные звонки, электронные письма, не предоставляет необходимой информации, избегает встреч;

если предоставление такой благотворительной помощи не отвечает уставным целям Фонда и целям Программы;

отсутствия у Фонда в данный момент административных и иных возможностей оказать запрашиваемую помощь. [↑](#footnote-ref-1)
2. необходимо полностью заполнить одну информационную таблицу про родителя или законного представителя ребенка, на которого подается заявка на попечение. В случае отсутствия второго родителя, оставьте вторую таблицу пустой. [↑](#footnote-ref-2)