



Приложение № 2  
К БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ДЕТСКОГО ФОНДА  
«ВМЕСТЕ НАВСЕГДА»

Введена в действие с 25 мая 2018 г.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
(образец, заполняется собственноручно)

СОВЕТУ ДИРЕКТОРОВ  
Детского благотворительного фонда  
«Вместе навсегда»

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

от \_\_\_\_\_ (далее – Законный представитель)  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия) (номер)

\_\_\_\_\_ (кем выдан)

\_\_\_\_\_ (дата выдачи)

**Заявление**

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

\_\_\_\_\_ (ФИО Ребёнка)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

История заболевания (диагноз, проведенное лечение, последняя дата обследования)

Причина обращения в Фонд (раскрыть) \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

**(оборотная сторона Заявления)**

**Настоящим подтверждаю, что:**

1. Лечение не оплачивается из других источников.
2. Лечение частично оплачивается самостоятельно.
3. Я ознакомлен и согласен с условиями «Договора об оказании благотворительной помощи» Детского благотворительного фонда «Вместе навсегда» (Приложение № 5 к Программе).
4. Представленные в качестве приложений к настоящему Заявлению документы (Приложение № 3 к Программе) содержат достоверную информацию.
5. В случае ухудшения состояния здоровья ребенка вплоть до наступления смертельного исхода во время подготовки к лечению, в связи с тем, что лечение не было начато сразу после подачи Заявления, не имею никаких претензий к Фонду.
6. В случае безрезультатного лечения или лечения, повлекшего за собой ухудшение состояния ребенка вплоть до смертельного исхода, не имею никаких претензий к Фонду.
7. Обязуюсь предоставить копию выписного эпикриза и протокола операции из медицинской организации, где проводилось лечение ребенка после окончания лечения.
8. Обязуюсь немедленно сообщить о невозможности проведения лечения в определенные сроки, предоставив оправдательные документы.
9. Обязуюсь предоставить итоговые счета от медицинской организации, где проводилось лечение Ребенка после окончания лечения.

**Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:**

Адрес для переписки (с указанием индекса): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Домашний 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 законного представителя(лей))**



Appendix No. 2  
TO THE CHARITY PROGRAM  
CHARITY CHILD FUND  
"TOGETHER FOREVER"

It was put into effect on May 25, 2018.

**STATEMENT**  
(sample, filled in by hand)

BOARD OF DIRECTORS  
Children's Charitable Foundation  
"Together forever"

Date: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ year.

from \_\_\_\_\_ (next – Legal representative)  
*(Surname, Name)*

passport \_\_\_\_\_, was issued \_\_\_\_\_  
*(series) (number)*

\_\_\_\_\_  
*(by whom was issued)*

\_\_\_\_\_  
*(date of issue)*

**Statement**

I ask to provide charitable help for the treatment of my son / daughter / guardian

\_\_\_\_\_  
*(Surname, Name of the child)*

\_\_\_\_\_  
*(date of birth)*

Disease history (diagnosis, treatment, last survey date)

The reason for applying to the Fund (to disclose) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

(back side of the application)

I hereby certify that:

10. Treatment is not paid from other sources.

11. The treatment is paid partly by yourself.

12. I am acquainted and agree with the terms of the "Agreement on Charitable Aid" of the Children's Charitable Fund "Together Forever" (Appendix No. 5 to the Program).

13. The documents submitted as attachments to this Application (Appendix No. 3 to the Program) contain reliable information.

14. In the event that the child's health worsens until death occurs during preparation for treatment, because the treatment was not started immediately after the application was made, I have no complaints about the Fund.

15. In the case of ineffective treatment or treatment leading to the deterioration of the child's condition, even to the point of death, I have no claims to the Fund.

16. I undertake to provide a copy of the epicrisis and protocol of the operation from the medical organization where the child was treated after the end of treatment.

17. I undertake to immediately inform you that it is not possible to carry out the treatment within a certain period of time, by providing exculpatory documents.

18. I undertake to provide final invoices from the medical organization where the child was treated after the end of treatment.

For communication with me, please use the following contact information:

Address for correspondence (indicating the index): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Home telephone (with city code): \_\_\_\_\_

Mobile telephone: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

I also confirm that this Statement was signed by me voluntarily, without any external impact of a moral or physical nature, that I understand the meaning of all the provisions contained in this Statement, as well as all my obligations and actions arising from them.

\_\_\_\_\_

***(Surname, Name fully and legal representative's signature)***

