**ЗАЯВЛЕНИЕ**-**АНКЕТА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ**

**В НЕКОММЕРЧЕСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ**

**ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ С ДЦП «АДЕЛИ»**

**в рамках реализации социально значимого проекта «Помощь подросткам и молодым инвалидам в пубертатный период», признанного победителем в номинации (приоритетном направлении) конкурсного отбора заявок социально ориентированных некоммерческих организаций для предоставления грантов из бюджета города Москвы в 2020 году по направлению конкурс «Проекты для сохранения качества жизни семей, в которых есть дети и взрослые с инвалидностью, тяжелобольные, нуждающиеся в долговременном уходе» за счет субсидии, объема бюджетных ассигнований из бюджета города Москвы** **по Договору о предоставлении Гранта № 101-НКО/20 от 21 декабря 2020 г.**

1. **Данные обратившегося в Фонд**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО (полностью) |  | |
| Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан) |  | |
| Адрес места проживания |  | |
| Кем Вы приходитесь нуждающемуся в помощи (отец, мать, опекун, попечитель) |  | |
| 1. **Контактные данные** | | |
| Контактные данные\*: | Номер телефона | Имя и родственные отношения |
| мобильный телефон |  |  |
| мобильный телефон родственников |  |  |
| мобильный телефон родственников |  |  |
| домашний телефон |  |  |
| e-mail: |  |  |
| **\***Указать контактные данные только тех лиц, кто принимает решения в отношении лечения нуждающегося.   1. **Данные нуждающегося в помощи** | | |
| ФИО (полностью) |  | |
| Дата рождения |  | |
| Адрес места проживания |  | |
| Данные свидетельство о рождении или паспорта, если несовершеннолетнему исполнилось 14 лет |  | |
| Диагноз |  | |
| Когда и кем установлен (дата и название медицинского учреждения) |  | |
| В каких больницах проходили лечение |  | |
| ФИО лечащего врача (контактные данные, если есть) |  | |
| Цель обращения |  | |
| Укажите физическое состояние ребенка (например: не ходит, не сидит и т. д.). |  | |
| Информация о ребенке и его поведении, хобби, увлечениях, учебе и т. д. |  | |
| Укажите, какая помощь необходима, и обоснуйте необходимость |  | |
|  |  | |

1. **Состав семьи** (Указать данные только тех лиц, кто принимает решения в отношении лечения нуждающегося).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО члена семьи, степень родства с нуждающимся в помощи, возраст** | **Место работы (полное наименования, должность)** | **Среднемесячный доход**  **(з/п, пенсии, пособия)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю

(ФИО полностью)

достоверность указанных в настоящей анкете сведений и предоставленных документов.

А также я даю согласие НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ С ДЦП «АДЕЛИ» на обработку моих персональных данных и персональных данных указанного в настоящей анкете лица, представителем которого я являюсь, в соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ “О персональных данных” в целях оказания помощи в обследовании /лечении /реабилитации и иной необходимой помощи указанному в настоящей анкете лицу, представителем которого я являюсь, кроме того с целью накопления, обработки, анализа информации о заболеваниях и применяемых реабилитационных мероприятиях, методах лечения (реабилитации) и причинах возникновения заболеваний, а также с целью распространения информации третьим лицам, для формирования у третьих лиц представлений: о способах и методах лечения заболеваний и/или травм, о способах и методах реабилитации после перенесенных заболеваний и/или травм, о способах и методах профилактики заболеваний и/или травм, о причинах возникновения заболеваний и/или травм.

Я предоставляю право НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ С ДЦП «АДЕЛИ» на распространение моих персональных данных и персональных данных указанного в настоящей анкете лица, представителем которого я являюсь, а также всех переданных мной данных, в том числе медицинских документов, фотографий, данных указанных в анкете, информации составляющей врачебную тайну, третьим лицам. Указанные действия НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ С ДЦП «АДЕЛИ» может производить в том числе, с использованием средств массовой информации (сети Интернет, печатных изданий, радио, телевидение и т.д.), путем публичных выступлений (семинары, конференции, собрания и т.д.), путем использования в любой научной и/или учебной деятельности, путем обращений к физическим и юридическим лицам и иными не противоречащими действующему законодательству способами.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до дня отзыва его в письменной форме.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_