

Заявление о предоставлении благотворительной помощи

«___» _____ 20__ г.

Я, (ФИО) _____,

прошу оказать благотворительную помощь в виде организации выезда врача – офтальмолога, с последующей консультацией и проведением необходимых медицинских процедур

мне

иному лицу.

Если просьба состоит в предоставлении благотворительной помощи иному лицу, указать, кому должна быть предоставлена помощь и в каких отношениях заявитель состоит с лицом, нуждающимся в помощи.

Настоящим Заявлением подтверждаю, что я ознакомлен(на) с Положением о Благотворительной Программе «Доктор на дом», в том числе с Правилами предоставления благотворительной помощи.

К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы в отношении Заявителя/ Представляемого (нужное подчеркнуть):

1. Копия паспорта гражданина Российской Федерации;
2. Копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
3. Заключение специалиста лечебного учреждения о нетранспортабельности;
4. Цветная фотография неформального образца.

Выезд прошу осуществить по адресу: _____
_____.

Для связи со мной прошу использовать следующие контактные данные:

Домашний телефон: +7 (____) _____

Мобильный телефон: +7(____) _____

Адрес электронной почты: _____

(ФИО Заявителя полностью)

(Подпись)

Приложение А

к Заявлению о предоставлении благотворительной помощи

Согласие на обработку персональных данных

«___» _____ 20__ г.

Я, (ФИО) _____,

документ, удостоверяющий личность _____ № _____,
(вид документа)

выдан _____,
(кем и когда)

проживающий (ая) по адресу: _____

(далее – «Заявитель»),

даю согласие Благотворительному Фонду «Взрослые - мы» (117513, г. Москва, Ленинский пр-кт, д.123, к.1, кв.43, ОГРН 1147799015242, ИНН 7728402692) (далее – «Фонд»), а также любому лицу по поручению Фонда на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и иные действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального Закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «Согласие»), на следующих условиях:

I. Оператор осуществляет обработку персональных данных исключительно в целях, необходимых для осуществления деятельности Благотворительного Фонда «Взрослые - мы», в частности, для целей информирования общественности, Доноров и иных третьих лиц о ходе реализации Программы «Доктор на дом» и привлечения пожертвований.

II. Настоящее Согласие действует с момента подачи Заявки на участие в Программе «Доктор на дом», а также в течение трех лет с момента прекращения участия, но не менее предусмотренных законодательством сроков хранения отчетности.

III. Настоящее Согласие распространяется на следующие персональные данные Заявителя:

1. Фамилия, имя, отчество;
2. Дата рождения;
3. Данные документа, удостоверяющего личность, включая номер и серию документа, дату выдачи и сведения о выдавший орган;
4. Изображения, в том числе фотографии;
5. Почтовые адреса (по месту регистрации и фактического проживания);
6. Сведения о семейном, социальном, имущественном положении.
7. Сведения о гражданстве;
8. Номера телефонов;
9. Адреса электронной почты (e-mail);
10. Сведения о состоянии здоровья, диагнозе, история заболевания;
11. Результаты полученной консультации врача – офтальмолога.

IV. Настоящим подтверждаю свое согласие на публикацию в общедоступных источниках следующих персональных данных Заявителя:

1. Фамилия, имя, отчество,
2. Год рождения;
3. Изображения, в том числе фотографии;

4. Данные, подтверждающие состояние здоровья, диагноз;
5. Результаты полученной консультации врача.

Настоящее Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления Фонду с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Дата

Подпись

_____/_____

Приложение Б

к Заявлению о предоставлении благотворительной помощи

Согласие на обработку персональных данных

«___» _____ 20__ г.

Я, (ФИО) _____,

документ, удостоверяющий личность _____ № _____,
(вид документа)

выдан _____,
(кем и когда)

проживающий (ая) по адресу: _____

(далее – «Представитель»), действуя в качестве законного представителя
(ФИО) _____,

документ, удостоверяющий личность _____ № _____,
(вид документа)

выдан _____,
(кем и когда)

проживающего (ей) по адресу: _____

_____ (далее – «Представляемый»), на основании

_____ (реквизиты документа, подтверждающего основания представительства)

даю согласие Благотворительному Фонду «Взрослые - мы» (117513, г. Москва, Ленинский пр-кт, д. 123, к.1, кв. 43, ОГРН 1147799015242, ИНН 7728402692) (далее – «Фонд»), а также любому лицу по поручению Фонда на обработку персональных данных Представляемого, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и иные действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального Закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «Согласие»), на следующих условиях:

I. Оператор осуществляет обработку персональных данных Представляемого исключительно в целях, необходимых для осуществления деятельности Благотворительного Фонда «Взрослые - мы», в частности, для целей информирования общественности, Доноров и иных третьих лиц о ходе реализации Программы «Доктор на дом» и привлечения пожертвований.

II. Настоящее Согласие действует с момента подачи Заявки на участие в Программе «Доктор на дом», а также в течение трех лет с момента прекращения участия, но не менее предусмотренных законодательством сроков хранения отчетности.

III. Настоящее Согласие распространяется на следующие персональные данные Представляемого:

1. Фамилия, имя, отчество;
2. Дата рождения;
3. Данные документа, удостоверяющего личность, включая номер и серию документа, дату выдачи и сведения о выдавший орган;
4. Изображения, в том числе фотографии;
5. Почтовые адреса (по месту регистрации и фактического проживания);
6. Сведения о семейном, социальном, имущественном положении.
7. Сведения о гражданстве;

8. Номера телефонов;
9. Адреса электронной почты (e-mail);
10. Сведения о состоянии здоровья, диагнозе, история заболевания;
11. Результаты полученной консультации врача – офтальмолога.

IV. Настоящим подтверждаю свое согласие на публикацию в общедоступных источниках следующих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество,
2. Год рождения;
3. Изображения, в том числе фотографии;
4. Данные, подтверждающие состояние здоровья, диагноз;
5. Результаты полученной консультации врача.

Настоящее Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления Фонду с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Дата

Подпись

_____ / _____