Директору НО "Благотворительный фонд поддержки детей Ямало-Ненецкого автономного округа «Ямине»

Фролову Дмитрию Александровичу

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| От | **Иванова Ивана Ивановича** | | |
|  | | | |
| Проживающего(щей) по адресу: | | | **629008,** |
| **г. Салехард, ул. Республики дом 123,** | | | |
| **кв. 10** | | | |
| Контактная информация: | |  | |
| **8-919-888-88-88** | | | |
| **bfyamine@mail.ru** | | | |

**Заявление**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В рамках Благотворительной программы | | | | | | | реабилитации детей с детским | | | | | | |
|  | | | | | | (полное название программы) | | | | | | |
| церебральным параличом и поражением опорно-двигательного аппарата | | | | | | | | | | | | |
| прошу Вас оказать содействие в лечении | | | | | | Иванова Максима | | | | | | |
|  | | | | | | (ФИО ребенка, год рождения) | | | | | | |
| Ивановича | | | | | | ,с диагнозом | | | | детский церебральный | | |
|  | | | | | | | | | | | (указать основной диагноз) | |
| паралич | | | | | | | | | , поскольку для лечения ребенка | | | |
| необходимо пройти | курс интенсивной терапий | | | | | | | | | | | |
|  | (вид лечения, срок лечения, метод и т.д. и т.п.) | | | | | | | | | | | |
|  | | | в | ООО "Детский оздоровительный центр "Пойду сам" | | | | | | | | |
| (полное наименование лечебной организации) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| для чего требуется следующая сумма | | | | | 200000 рублей | | | | | | | |
|  | | | | | (сумма, требуемая для лечения, и вид валюты) | | | | | | | |
| в том числе: на лечение | | 160000 рублей | | | | | | , на проживание | | | | 20000 рублей |
| на проезд до места лечения и обратно | | | | | 20000 рублей | | | | | | | . |

К заявлению прилагаю:

|  |
| --- |
| **- копия паспорта;** |
| **- копия свидетельства о рождении ребенка;** |
| **- справка о состоянии ребенка;** |
| **- копия ИПР;** |
| **- копия МСЭ;** |
| **- документ подтверждающий проживание ребенка на территории ЯНАО;** |
| **- результаты обследования ребенка в иных ЛПУ;** |
| **- предварительный счет на лечение;** |
| **- реквизиты лицевого счета;** |
| **- фотографии (на электронном носители)** |

С **Положением о порядке предоставления благотворительной помощи Некоммерческой организацией "Благотворительный фонд поддержки детей Ямало-Ненецкого автономного округа "Ямине"** ознакомлен.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **25.12.2015** |  | **Подпись** |
| (дата) |  | (подпись) |