

Заявление о предоставлении благотворительной помощи

« » _____ 20__ г.

Я, (ФИО) _____,

проживающий (ая) по адресу _____

_____ паспорт серия № _____

_____ выдан _____

Настоящим Заявлением прошу оказать мне благотворительную помощь (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) _____, (указать в чем именно заключается просьба) _____.

К настоящему заявлению прилагаю (отметить галочкой по списку):

- Копия всех (включая незаполненные) страниц паспорта Заявителя;
- Копия государственного страхового пенсионного свидетельства лица (Благополучателя, которому будет оказываться благотворительная помощь);
- Заключение местных органов соцзащиты о материальном положении семьи (Акт обследования материально-бытового положения семьи) – Запрос Акта делает фонд. Для этого нам нужны данные - Ваше ФИО, дата рождения, адрес проживания, телефон, полное название отделения социальной защиты, ФИО руководителя отделения соц.защиты, адрес соц.защиты, электронная почта со.защиты.;
- Справка о доходах работающих членов семьи (проживающих совместно с Благополучателем). Справка о заработной плате оформляется на бланке организации **с указанием должности и оклада за последние полгода;**
- Цветная фотография Благополучателя (с четким изображением);
- Заявление о предоставлении благотворительной помощи, собственноручно подписанное;
- Согласие на обработку и публикации информации в СМИ и Интернете, собственноручно подписанное.

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу проинформировать меня по телефону, почтовому адресу или адресу электронной почты (укажите контактные данные)

С Положением о Благотворительной Программе «Адресная помощь» ознакомлен (а), и подтверждаю. Настоящим заявлением выражаю и подтверждаю своей подписью согласие на обработку и публикацию моих персональных данных в СМИ, включая Интернет в соответствии **п. 3 ч. 1 ст. 3 ФЗ-152 «О персональных данных»**

С данной просьбой в другие фонды не обращались

_____ Подпись

_____ ФИО полностью

“ ” _____ 202__ г.

_____ / _____ /

СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
ФОНДОМ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ ОРБИ

Я, _____,
(ФИО)
паспорт _____ выдан _____
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

даю свое согласие на обработку Фондом борьбы с инсультом ОРБИ (ИНН 7728123272) (далее – Оператор) моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; адрес регистрации; адрес фактического места жительства (при его несовпадении с адресом регистрации); профессия; документ о профессиональном образовании или профессиональной переподготовке; данные документа, подтверждающего регистрацию застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документа, подтверждающего присвоение идентификационного номера налогоплательщика (ИНН); номер телефона; адрес электронной почты; банковские реквизиты.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях

_____, а также на хранение данных об этом договоре, а также о результатах его исполнения на бумажных и электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что Оператор гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Подпись

Расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ
НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ГРАЖДАНИНА

Я, _____,
(ФИО)
паспорт _____ выдан _____
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

даю согласие Фонду борьбы с инсультом ОРБИ (ИНН 7728123272) (далее – Оператор), на использование моих фотоизображений и видеоизображений в рекламных, информационных и иных материалах, связанных с деятельностью Оператора, без выплаты вознаграждения.

Даю согласие на использование моих изображений в рекламных, информационных и иных материалах, связанных с деятельностью Оператора, размещаемых на наружных и внутренних стендах, в печатных и сетевых изданиях, в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, как на территории Российской Федерации, так и за рубежом.

Настоящее согласие дает право Оператору обнародовать и в дальнейшем использовать мои изображения полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, предоставлять оригиналы или экземпляры изображений, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения.

Принципы размещения информации на Интернет-ресурсах призваны обеспечивать: соблюдение действующего законодательства РФ, интересов и прав граждан; защиту персональных данных Гражданина; достоверность и корректность информации.

Оператор вправе передавать права на мои изображения любым третьим лицам в целях, связанным с уставными целями Оператора.

Изображения не могут быть использованы Оператором способами, порочащими мою честь, достоинство и деловую репутацию.

Изображения могут быть использованы до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме. Обработка заявления об отзыве согласия производится Оператором в течение 30 календарных дней с даты его направления Гражданином на официальный адрес электронной почты Оператора: info@orbifond.ru. В данный период я разрешаю использовать мое изображение для целей, не противоречащих законодательству РФ.

Подпись

Расшифровка подписи