

Исполнительному директору  
Фонда борьбы с инсультом ОРБИ  
Комарову А.Н.

**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 специалиста лечебного учреждения, где планируется провести лечение; (заключение оформляется на бланке учреждения, заверяется руководителем учреждения (или иным уполномоченным на то лицом) и скрепляется печатью учреждения или врача)
- Заключение местных органов соцзащиты о материальном положении семьи (Акт обследования материально-бытового положения семьи);
- Справка о заработной плате работающих членов семьи (проживающих совместно с Благополучателем). Справка о заработной плате оформляется на бланке организации с указанием должности и оклада за последние полгода;
- Счет лечебного учреждения за лечение и/или счет компании-дистрибьютора (компания-производителя) на оплату товаров (материалов) медицинского назначения, технических средств реабилитации;
- Документ об отсутствии квоты на лечение от соответствующего органа управления здравоохранением (министерство, департамент, комитет) субъекта РФ;
- Цветные фотографии Благополучателя (3-4 не паспортных кадра 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.

С запросом на оказание благотворительной помощи в иные некоммерческие и / или коммерческие организации, в СМИ не обращались.

Обязуюсь уведомить Фонд в письменной форме об обращении за благотворительной помощью к третьим лицам, в том числе в другие некоммерческие и / или коммерческие организации, в средства массовой информации в течение 3 (трех) рабочих дней с момента обращения. В случае получения благотворительной помощи от третьих лиц на указанные в настоящем Заявлении цели, уведомить об этом Фонд в письменной форме в течение 3 (трех) рабочих дней.

\_\_\_\_\_ **Подпись**

\_\_\_\_\_ **ФИО полностью**

СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
ФОНДОМ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ ОРБИ

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

законный представитель \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

действующий на основании \_\_\_\_\_  
(решения суда от \_\_\_\_ № \_\_\_\_ / Семейного кодекса РФ, иное основание)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку Фондом борьбы с инсультом ОРБИ (ИНН 7728123272) (далее – Оператор) персональных данных \_\_\_\_\_, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; сведения о гражданстве; семейное положение; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места жительства (при его несовпадении с адресом регистрации); данные документа, подтверждающего регистрацию застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документа, подтверждающего присвоение идентификационного номера налогоплательщика (ИНН); реквизиты свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния; сведения о трудовой деятельности и должности; социальные льготы (номер и дата выдачи документа, подтверждающего право на получение льготы, основание); сведения о доходах; номер телефона; адрес электронной почты; банковские реквизиты; иные персональные данные: \_\_\_\_\_.

Также даю согласие на обработку персональных данных, отнесенных частью 1 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных” к категории специальных, а именно: сведения о наличии инвалидности и реквизиты справки, выданной бюро медико-социальной экспертизы; сведения, содержащиеся в листах временной нетрудоспособности; сведения о состоянии здоровья; сведения, содержащиеся в медицинских документах (выписках, справках, заключениях и проч.).

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях

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

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении 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 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 в своих интересах \_\_\_\_\_.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_ / Расшифровка подписи \_\_\_\_\_ /

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
ФОНДОМ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ ОРБИ, РАЗРЕШЕННЫХ СУБЪЕКТОМ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

законный представитель \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

действующий на основании \_\_\_\_\_  
(решения суда от \_\_\_\_ № \_\_\_\_ / Семейного кодекса РФ, иное основание)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

даю свое согласие во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных” и Приказа Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций от 24.02.2021 № 18 “Об утверждении требований к содержанию согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения” Фонду борьбы с инсультом ОРБИ (ИНН 7728123272) (далее – Оператор), на обработку персональных данных \_\_\_\_\_, разрешенных для распространения, перечень которых ограничен следующими персональными данными: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; сведения о гражданстве; семейное положение; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места жительства (при его несовпадении с адресом регистрации); данные документа, подтверждающего регистрацию застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); данные документа, подтверждающего присвоение идентификационного номера налогоплательщика (ИНН); реквизиты свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния; сведения о трудовой деятельности и должности; социальные льготы (номер и дата выдачи документа, подтверждающего право на получение льготы, основание); сведения о доходах; номер телефона; адрес электронной почты; банковские реквизиты; иные персональные данные: \_\_\_\_\_.

Также даю согласие на обработку персональных данных, отнесенных частью 1 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных” к категории специальных, а именно: сведения о наличии инвалидности и реквизиты справки, выданной бюро медико-социальной экспертизы; сведения, содержащиеся в листах временной нетрудоспособности; сведения о состоянии здоровья; сведения, содержащиеся в медицинских документах (выписках, справках, заключениях и проч.). Настоящим Согласием я разрешаю распространять указанные персональные данные и специальные категории персональных данных, перечень которых не может быть изменен иначе, кроме как посредством предоставления нового Согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Под распространением персональных данных в соответствии с нормой пункта 6 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных” понимаются

действия, направленные на раскрытие персональных данных неопределенному кругу лиц.

Распространение персональных данных осуществляется в целях оказания благотворительной помощи, привлечения благотворительных пожертвований и обеспечения соблюдения в отношении \_\_\_\_\_ положений законодательства Российской Федерации, включая положения Федерального закона от 11.08.1995 № 135-ФЗ “О благотворительной деятельности и добровольчестве (волонтерстве)”.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_ / Расшифровка подписи \_\_\_\_\_ /

## СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ГРАЖДАНИНА

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

законный представитель \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

действующий на основании \_\_\_\_\_  
(решения суда от \_\_\_\_ № \_\_\_\_ / Семейного кодекса РФ, иное основание)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес  
регистрации: \_\_\_\_\_

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

Даю согласие на использование 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 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 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](mailto:info@orbifond.ru) . В данный период я разрешаю использовать изображение \_\_\_\_\_ для целей, не противоречащих законодательству РФ.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

*Подпись*                      *Расшифровка подписи*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /