

**440000,г.Пенза ул.М Горького 23 оф.3/1 ,тел/факс (841-2)660335,660325, сот. 89379138172 Email:bfchance@mail.ru ИНН/КПП5836678856/583601001,ОГРН1165800051086 Р/сч.№40703810748000000259, Отделение №8624 Сбербанк г.Пенза БИК045655635, К/сч.№30101810000000000635**

**ПРИЛОЖЕНИЕ №2**

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ (АДРЕСНАЯ ПОМОЩЬ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ДЕТЯМ ):**

**1 . ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА , ОПЕКУНА - ОБРАЩЕНИЕ В ФОНД (ПИСЬМО С КРАТКОЙ ИСТОРИЕЙ О СЕМЬЕ И БОЛЬНОМ РЕБЕНКЕ , И.Ф.О. НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПОМОЩИ , ВОЗРАСТ,ПОЛНЫЙ ДИАГНОЗ , ОПИСАТЬ КАКАЯ ПОМОЩЬ ТРЕБУЕТСЯ И ПОЧЕМУ ДАННАЯ ПОМОЩЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОКАЗАНА ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ , КОНКРЕТНАЯ ПРОСЬБА ОПЛАТИТЬ ЛЕЧЕНИЕ, ОПЕРАЦИЮ , РЕБАБИЛИТАЦИЮ, ДОРОГОСТОЯЩИЕ ЛЕКАРСТВА, ИНВАЛИДНУЮ КОЛЯСКУ , ПРОТЕЗЫ И Т.Д.)В ЗАКЛЮЧЕНИИ ПИСЬМА ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ФРАЗА : « Я РАЗРЕШАЮ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФОТОГРАФИИ , ВИДЕОМАТЕРИАЛЫ , А ТАКЖЕ ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ ПО НАСТОЯЩЕМУ ОБРАЩЕНИЮ ПЕРЕДАННЫЕ МНОЙ В БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «ШАНС» В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ»**

**2.ЗАПОЛНЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ СЕМЬИ.**

**3.КОПИЯ ПАСПОРТА ОБРАЩАЮЩЕГОСЯ ( ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА, ОПЕКУНА, ПЕРВАЯ СТРАНИЦА, СТРАНИЦА «МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА», «СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ», «ДЕТИ»)**

**4.КОПИЮ ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА ( ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПАСПОРТ )**

**5.КОПИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА, КОТОРОМУ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ**

**6.КСЕРОКОПИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВА ОБ ИНВАЛИДНОСТИ НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПОМОЩИ ( ПРИ НАЛИЧИИ)**

**7.СПРАВКА С МЕСТА РАБОТЫ О СРЕДНЕМЕСЯЧНОЙ ЗАРАБОТАННОЙ ПЛАТЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ . ДЛЯ НЕ РАБОТАЮЩИХ – КОПИЯ ТРУДОВОЙ КНИЖКИ( ГЛАВНАЯ СТРАНИЦА И ПОСЛЕДНЯЯ ЗАПИСЬ, КОПИИ)**

**8.СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.**

**9. КОПИИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ С МЕДИЦИНСКИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ, С НАПРАВЛЕНИЕМ (РЕКОМЕНДАЦИЕЙ) НА ПРОХОЖДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ( ОПЕРАТИВНОГО, КОНСЕРВАТИВНОГО)** **И СВЯЗАННЫХ С НИМ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРИЕМА МЕДИКАМЕНТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И Т.Д)**

**10. ДОГОВОР, СЧЕТ НА МЕДИЦИНСКИЕ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ, МЕДИКАМЕНТЫ, ИНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДМЕТЫ И УСЛУГИ В ОПЛАТЕ КОТОРЫХ НУЖНА ПОМОЩЬ (ИХ ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ , СПИСОК ТОГО ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО (ЕСЛИ ЛЕКАРСТВА С ТОЧНОЙ ДОЗИРОВКОЙ , ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ,НАЗВАНИЕМ ФИРМ -ПРОИЗВОДИТЕЛЯ , ЕСЛИ ЭТО ОПЕРАЦИЯ ТО ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ , КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ КЛИНИКИ.**

**11.ЦВЕТНЫЕ ФОТОГРАФИИ ( ВИДЕО, ЕСЛИ ЕСТЬ), НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ЛЕЧЕНИИ.**

**12.ИНФОРМАЦИЯ О ТОМ В КАКИЕ ФОНДЫ УЖЕ ОБРАЩАЛИСЬ , ГДЕ УЖЕ РАЗМЕЩЕНА ТЕМА О ПОМОЩИ , А ГДЕ ОТКАЗАЛИ И ПО КАКОЙ ПРИЧИН.**

**13.РЕКВИЗИТЫ ВАШЕГО СЧЕТА В БАНКЕ – СКАНИРОВАННАЯ КОПИЯ СПРАВКИ ИЗ БАНКА С УКАЗАНИЕМ ВСЕХ РЕКВИЗИТОВ.**