|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Благотворительного фонда «Надежда и опора»  В.Р. Абдулхаевой  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кратко должность с подразделением),  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО работника полностью)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  филиала АО «Сетевая компания»  № тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| прилагаю следующие оригиналы и копии подтверждающих документов: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись) ( ФИО)

**Примерный текст заявления**

Прошу Вас оказать мне благотворительную помощь:

-- на возмещение стоимости, прохождения, либо на прохождение медицинского обследования, не покрываемого по Договору добровольного медицинского страхования АО «Сетевая компания» (ДМС). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-- в связи с экстренным случаем - проведением мне операции или реабилитации, как пострадавшему в результате несчастного случая на производстве.

--------------------------------------------------------------------------------------------------

--- в связи с проведением обследования, выявившего тяжелое заболевание, операции, реабилитации, лечения при диагнозе, не попадающем под страховой случай и по которому отсутствует компенсация по заключенным договорам ДМС - указать п. Перечня тяжелых заболеваний (Приложения № 1 Благ. программы).

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

--- для компенсации ущерба при пожаре (какого объекта - дома, придворовых построек)

--- при стаже работника более 15 лет (однократно): на лечение (или обследование) тяжело заболевшего супруга/супруги работника (указать: онкология, тяжелые травмы в т.ч. после автомобильной аварии и в результате чрезвычайных и стихийных ситуаций, пожара)

Прилагаю следующие оригиналы и копии подтверждающих документов:

1. Согласие на обработку перс. данных;
2. Реквизиты;
3. назначение врача,

4. договор на оказание мед. услуг от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.,

5. акт оказанных работ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.,

6. 4 кассовых чека об оплате за мед.услуги,

7. лицензия мед. учреждения.

«12» марта 2024г. подпись ( Иванов П.Г.)