**ПАМЯТКА РАБОТНИКАМ АО «СК» для обращения**

**в Благотворительный фонд «Надежда и опора»**

**об оказании благотворительной помощи в 2024 году**

**(*за* *обследование, операцию, лечение РЕБЕНКА (ВНУКА) работника*)**

1. ***Работник может обратиться за благ. помощью для ребенка (внука):*** 
   1. ***ЕСЛИ* Работником добровольно (по заявлению) производились перечисления однодневного заработка в Благ. фонд «Надежда и опора», в том числе в год обращения.**
   2. ***ЕСЛИ з*аболевание ребенка (внука) тяжелое и включено в Перечень заболеваний и видов мед. помощи, не подпадающих под страховой случай по ДМС (Приложение № 3 (для детей (внуков) к Благ. программе) и лечение которых, не предусмотрено гос. Программой ОМС.**

***Возможная частота обращений в зависимости от стажа работы в АО «Сетевая компания»:***

* 1. ***при стаже работы в АО «СК» от 1 лет до 5 лет - не чаще, чем 1 раз в 5 лет,***
  2. ***при стаже работы в АО «СК» от 5 до 10 лет - не чаще, чем 1 раз через 3 года,***
  3. ***при стаже работы в АО «СК» от 10 лет до 15 лет – не чаще, чем 1 раз через год,***
  4. ***при стаже работы в АО «СК» более 15 лет - каждый год .***

1. **Работник должен представить в Благ. Фонд следующий пакет документов для оказания благ. помощи ( см. точный список в Перечне документов в п. 4 Благ. программы ):** 
   1. **Заявление (текст заявления пишется лично Работником на бланке типового заявления) - в соответствии с образцом текстов заявления с учетом представленных документов на виды мед. услуг: (медицинское обследование, операция и т.п.) с указанием ФИО и даты рождения ребенка (внука) работника, с привязкой к пунктам Приложения №3 , № телефона и ИНН работника.**
   2. **Согласие на обработку персональных данных Работника установленной формы, заполненное и подписанное Работником на типовом бланке, с указанием даты заполнения.**
   3. **Согласие РОДИТЕЛЯ на обработку персональных данных РЕБЕНКА установленной формы, заполненное и подписанное Работником на типовом бланке, с указанием даты заполнения.**
   4. **Оригиналы назначений врача: рекомендации в выписке (эпикризе) осмотра врача с назначениями или рецепт, выписанный на Родителя (должны быть указаны ФИО и дата рождения) – с печатью и подписью врача.**
   5. **Справка об инвалидности РЕБЕНКА (ВНУКА) Работника и Инд. Программа реабилитации (ИПРА).**

**2.6. Оригинал договора, подписанного со стороны мед. учреждения с печатью и со стороны Заявителя (либо родителя);**

**2.7. Копия лицензии на мед. деятельность клиники (1 и оборотную страницы Лицензии - без приложений);**

**2.8. После оказания мед. услуг - оригиналы Актов оказанных мед. услуг (со ссылкой на выше указанный договор), подписанных со стороны мед. учреждения с печатью и со стороны заявителя (либо родителя);**

|  |  |
| --- | --- |
| **2.9. Кассовый чек - *ОБЯЗАТЕЛЬНО* должен быть *с Qr - кодом!*** | , |

**2.10. Банковские реквизиты (с внесением записи «Реквизиты верны» и подписью работника)**

**Примечание:**

**Более подробно условия предоставления благ. помощи и перечень требуемых документов представлены в Благ. программе «Помощь в трудный час» для работников и в Прил. № 3 к ней.**

**Благ. программа, бланки Заявления и Согласия на обработку ПДн представлены на внутреннем портале АО «СК» в разделе «Благотворительный фонд «Надежда и опора»/Документы.**

***При возникновении вопросов можно обратиться к работнику по соц. развитию (пред. профкома) в ОУП филиала, для получения доп. разъяснений позвонить работнику БФ «НиО» Ахметшиной Алие Ниловне по тел. 25-57, 2918-557, или написать вопрос по эл. почте Ahmetshinaan@gridcom-rt.ru.***