*Директору Благотворительного фонда*

*«Надежда и опора»*

*В.Р.Абдулхаевой*

*от ветерана филиала АО «Сетевая компания»*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_электрические сети*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Фамилия, Имя, Отчество полностью)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Заявление***

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

|  |
| --- |
| Прилагаю оригиналы, копии подтверждающих документов согласно Программе Фонда: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
|  |
|  |
|  |

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

(подпись) ( ФИО)

***ОБРАЗЦЫ ТЕКСТА ЗАЯВЛЕНИЯ*** *\*\*\**

1. *Прошу Вас оказать благотворительную помощь на возмещение стоимости стоматологических услуг.*

1. *Прошу Вас оказать благотворительную помощь на возмещение стоимости проведённой операции и послеоперационного лечения.*

1. *Прошу Вас оказать благотворительную помощь на возмещение стоимости медицинских препаратов (стоимость курса лечения более 0,5 МРОТ)*
2. *Прошу Вас оказать благотворительную помощь на возмещение стоимости приобретенного слухового аппарата, или кислородно-дыхательной аппаратуры, или чек-полосок к глюкометру, или компрессионных изделий, или технических средств реабилитации (оставить нужное)*

1. *Прошу Вас оказать благотворительную помощь* *в связи с проведением медицинского обследования.*
2. *Прошу Вас оказать благотворительную помощь* *на компенсацию стоимости санаторной путевки. Приобрел/ла путевку в санаторий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по медицинским показаниям) с \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года на \_\_\_\_\_ дней за полную стоимость.*

*7. Прошу Вас оказать благотворительную помощь на возмещение стоимости проезда до санатория «Балкыш» или реабилитационного центра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и обратно.*

***\*\*\* Если у заявителя несколько видов возмещений, всё заполняется в одном заявлении.***

***Пример:*** *Прошу Вас оказать благотворительную помощь на возмещение стоимости стоматологических услуг, проведения дорогостоящего обследования и операции.*

Прилагаю оригиналы, копии подтверждающих документов согласно Программе Фонда:

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.