Директору НО "Благотворительный фонд поддержки детей Ямало-Ненецкого автономного округа «Ямине»
Фролову Дмитрию Александровичу
От **Иванова Ивана Ивановича**

Проживающего(щей) по адресу: **629008, г. Салехард, ул. Республики дом 123, кв. 10**
Контактная информация:
8-919-888-88-88
bfyamine@mail.ru

Заявление

В рамках Благотворительной программы реабилитации детей с детским церебральным параличом и поражением опорно-двигательного аппарата
(полное название программы)
прошу Вас оказать содействие в лечении Иванова Максима Ивановича, с диагнозом детский церебральный паралич, поскольку для лечения ребенка необходимо пройти курс интенсивной терапий
(ФИО ребенка, год рождения) (указать основной диагноз) (вид лечения, срок лечения, метод и т.д. и т.п.)
в ООО "Детский оздоровительный центр "Пойду сам"
(полное наименование лечебной организации)
для чего требуется следующая сумма 200000 рублей
(сумма, требуемая для лечения, и вид валюты)
в том числе: на лечение 160000 рублей, на проживание 20000 рублей на проезд до места лечения и обратно 20000 рублей.

К заявлению прилагаю:

- **копия паспорта;**
- **копия свидетельства о рождении ребенка;**
- **справка о состоянии ребенка;**
- **копия ИПР;**
- **копия МСЭ;**
- **документ подтверждающий проживание ребенка на территории ЯНАО;**
- **результаты обследования ребенка в иных ЛПУ;**
- **предварительный счет на лечение;**
- **реквизиты лицевого счета;**
- **фотографии (на электронном носители)**

С **Положением о порядке предоставления благотворительной помощи Некоммерческой организацией "Благотворительный фонд поддержки детей Ямало-Ненецкого автономного округа "Ямине"** ознакомлен.

25.12.2015 (дата) **Подпись** (подпись)

ОБРАЗЕЦ