

Директору благотворительного фонда  
«Спасите наши души»

Никольниковой Ангелине Валерьевне

от \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_ №\_\_\_\_\_, выдан

зарегистрированного по адресу

тел.: \_\_\_\_\_



## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_

прошу благотворительный фонд «Спасите наши души» оказать материальную помощь

в связи с \_\_\_\_\_

в размере /в форме \_\_\_\_\_

Согласен (согласна), что если собранная сумма окажется больше указанной или будет оплачена из иного источника, фонд вправе использовать собранные фондом средства в целях, закреплённых уставом Фонда.

Согласен (согласна) на публикацию информации в СМИ и сети Интернет обо мне, включая имя и фамилию, фотографию, видеообращение, диагноз, всех переданных мной данных, составляющих врачебную тайну, медицинских выписок, приглашений на лечение, сведения о личных качествах и социальном положении семьи на сайте Фонда и других сайтах, в социальных сетях в сети Интернет, информационных материалах (объявлениях, буклетах, листовках и т.д.), распространение информационных материалов в общественных местах с целью сбора денежных средств.

Обязуюсь своевременно информировать фонд «Спасите наши души» о любых изменениях в жизни, касающихся обстоятельств, изложенных в настоящем заявлении.

При обращении за помощью в другие благотворительные организации и публикации моих материалов в СМИ и социальных сетях обязуюсь проинформировать благотворительный фонд «Спасите наши души».

Обязуюсь предоставлять фонду всю информацию о собранных средствах и их использовании. Гарантирую исключительно целевое расходование средств материальной помощи.

При получении материальной помощи или после пройденного курса лечения обязуюсь предоставить в благотворительный фонд «Спасите наши души» отчет о целевом использовании денежных средств с приложением копий расходных документов. Предупрежден(а) о возможности передачи фондом информации о выплаченной материальной помощи в налоговые органы в случае непредставления указанных документов в разумные сроки.

В случае предоставления недостоверной информации или невыполнения указанных обязательств фонд вправе отказать в помощи.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

Расшифровка подписи

Дата