**Исполнительному директору  
 Благотворительного Фонда**

**«ПАМЯТЬ ПОКОЛЕНИЙ»**

**Е.Г. Кругловой**

**Заявление о предоставлении благотворительной помощи от \_\_\_\_.\_\_\_\_. 20\_\_\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | | | | |
| *Фамилия Имя Отчество (полностью)* | | | | |
|  | | | | |
| прошу оказать мне помощь согласно Устава и в соответствии с благотворительной программой Благотворительного фонда «ПАМЯТЬ ПОКОЛЕНИЙ» по одному из следующих направлений:   * Курсовая медикаментозная поддержка (лекарственные препараты) * Обеспечение прочими средствами реабилитации и индивидуального ухода * Обеспечение инвалидными колясками и креслами * Протезирование слуха * Протезирование верхних и нижних конечностей * Организация госпитализации и оказание помощи на базе медицинских учреждений * Помощь по уходу за пожилыми и тяжелобольными на дому (сиделки и медицинский персонал на дому) * Протезирование зубов по квоте\* (ежегодное выделение 20 квот) * Организация письменных юридических консультаций по защите социальных прав * Психологическая помощь * Иные направления помощи в соответствии с благотворительной программой.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(укажите иную необходимую помощь)* | | | | |
| **Подопечный** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *подпись* | *Фамилия И.О.* | *дата* |