|  |  |
| --- | --- |
| **АНКЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ** | |
| Регистрационный номер ) заполняется благотворительной организацией) | N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 года |
| Дата подачи заявления |  |
| 1. ФИО ребенка |  |
| 1. Дата рождения ребенка |  |
| 3. Возраст ребенка |  |
| 4. Адрес регистрации (полностью с индексом) |  |
| 5. Диагноз (коротко) |  |
| 6. Контактные данные одного из родителей (ФИО, телефон, электронная почта, есть ли whatsapp) |  |
| 7. Цель обращения (планируется обследование/лечение/курс реабилитации) где (медицинское учреждение, город) и когда (точные и желаемые даты) |  |
| 8. Укажите стоимость запрашиваемой помощи (по счету), сколько удалось собрать. Срок окончания сбора |  |
| 1. Ссылки на аккаунты в социальных сетях при наличии, если нет - написать нет |  |
| 10. Подробная история потенциального подопечного,( жизнь до несчастного случая/заболевания, как произошел случай/заболевание, что было потом, какие планы сейчас). Укажите планируемые сроки реабилитации/лечения . Почему выбираете конкретный центр, клинику для лечения, реабилитации ребенка или кресло-коляску, тренажер и т.п.? | |
|  | |
| ФИО заявителя |  |
| Дата | Подпись |