***Директору Благотворительного фонда***

***«Хрупкие люди» Мещеряковой Е.А.***

*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(полностью ФИО обращающегося лица)*

*проживающей (го) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (полностью адрес регистрации, и постоянного места жительства, с указанием индекса,* ***контактный телефон****)*

***Обращение***

*Прошу Вас оказать помощь*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(****Ф.И.О.****)*

*в рамках программы Фонда «Хрупкие люди»* *«****Помощь взрослым****»*, *в связи необходимостью в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(*операции, терапии, реабилитации , приобретении ТСР)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

подпись расшифровка

***После оплаты из средств Фонда в мед.учреждение за проведение моего лечения, ОБЯЗУЮСЬ в случае отказа от лечения, в срок не позднее 3 месяцев, известить Фонд. Если я не известил(а) Фонд об отказе от лечения и не прошел оплаченное Фондом лечение (реабилитацию) в срок не позднее 3 месяцев после оплаты, средства в дальнейшем могут быть направлены на лечение (реабилитацию) другого обратившегося за помощью физического лица, по усмотрению ФОНДА.***

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

подпись расшифровка

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года