****

**ДОГОВОР**

**о благотворительной помощи № - /20\_\_**

г. Москва « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Межрегиональный благотворительный общественный Фонд помощи больным эпилепсией "Содружество", именуемый в дальнейшем ***Фонд,*** в лице президента Дорофеевой Марины Юрьевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать Ф.И.О. нуждающегося в помощи)

именуемый в дальнейшем ***Благополучатель***, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (указать Ф.И.О. официального представителя нуждающиегося в помощи)

с другой стороны, вместе именуемые ***Стороны***, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
   1. По настоящему Договору ***Фонд*** в целях оказания материальной и иной помощи предоставляет ***Благополучателю*** благотворительную помощь в форме безналичной оплаты ***медикаментов, лечебных и реабилитационных процедур, расходных материалов, лабораторных исследований, медицинского оборудования,*** ***а также любых других расходов,*** необходимых для оказания качественных медицинских услуг. В ряде случаев по согласованию сторон благотворительная помощь может быть предоставлена в форме безналичной оплаты ***услуг по транспортировке (включая санитарную перевозку) подопечного и одного сопровождающего его законного представителя к месту проведения лечения (реабилитации) и обратно, а также услуг по их проживанию на время прохождения лечения.*** Под ***благотворительной помощью*** в целях настоящего договора понимается целевое поступление в безналичной форме в виде благотворительного пожертвования согласно ст. 217 Налогового Кодекса Российской Федерации.

Размер благотворительной помощи по настоящему договору не может превышать сумму, указанную в предоставленных счетах от медицинских учреждений либо поставщиков медицинского оборудования.

1. **Обязанности сторон**

2.1. ***Фонд*** обязан:

* организовать сбор средств для нуждающегося в помощи ребенка путем размещения информации о нем на официальном сайте ***Фонда*** www.epileptologhelp.ru , других информационных ресурсах и средствах массовой информации;
* принимать на расчетный счет ***Фонда***, а также через иные платежные системы благотворительные пожертвования от физических и юридических лиц для оказания помощи ***Благополучателю***;
* после сбора необходимой для оказания помощи суммы перечислить денежные средства на счет организации-поставщика медицинских и иных услуг, являющихся предметом настоящего Договора;

2.2. ***Благополучатель*** обязан:

* предоставить в ***Фонд*** документы и сведения, указанные в Приложении 1 к настоящему договору, а также иные документы по требованию ***Фонда***;
* уведомить ***Фонд*** об обращении за помощью в другие некоммерческие и коммерческие организации, в т.ч. в средства массовой информации и форумы. *В случае получения финансовой помощи на финансирование целей, указанных в п.1.1, из третьих источников, уведомить об этом* ***Фонд*** *в течение 3 (трех) рабочих дней;*
* *в случае наступления обстоятельств, препятствующих использованию благотворительной помощи по назначению, определенному в Приложении 2, уведомить* ***Фонд*** *о наступлении таких обстоятельств в течение 7 (семи) календарных дней и вернуть денежные средства в* ***Фонд*** *по требованию*.

1. **Права Сторон**
   1. Права ***Фонда***:

* отказать в оказании благотворительной помощи до начала сбора средств без объяснения причин;
* в случае нарушения ***Благополучателем*** своих обязанностей считать Договор расторгнутым. Средства, собранные на момент выявления нарушений расходуются ***Фондом*** на цели, прописанные в Уставе ***Фонда***;
* в случае невозможности использовать средства по назначению, определенному в Приложении 2 (отказ от лечения со стороны ***Благополучателя*** или его законных представителей, отказ клиники, смерть ***Благополучателя*** и прочее), использовать привлеченные средства на цели, прописанные в Уставе ***Фонда***;
* уменьшить размер благотворительной помощи, определенный в п. 1.1., в случае получения ***Благополучателем*** или его законными представителями финансирования из третьих источников;
* в случае если в результате сбора его сумма превышает размер благотворительной помощи, определенный в п. 1.1., использовать остаток средств на цели, прописанные в Уставе ***Фонда***.
  1. Права ***Благополучателя***:
* отказаться от получения благотворительной помощи с предоставлением письменного заявления с согласием использовать привлеченные на момент отказа средства на цели, прописанные в Уставе ***Фонда***;
* ходатайствовать перед ***Фондом*** об изменении назначения использования благотворительной помощи, указанного в Приложении 2.

1. **Срок действия Договора**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение одного года.
   2. Если по истечении данного срока ни одна из Сторон не известит другую Сторону о своем намерении расторгнуть Договор в письменном виде за 1 (один) месяц до окончания срока его действия, Договор считается продленным на тех же условиях и на тот же срок. В дальнейшем его пролонгация будет проходить в таком же порядке.
2. **Основания для досрочного расторжения договора**
   1. Стороны могут досрочно расторгнуть настоящий Договор:

* по обоюдному согласию сторон;
* в одностороннем порядке при несоблюдении одной из Сторон вышеперечисленных обязательств.

1. **Ответственность сторон**

6.1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**7. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

| ***Фонд*** | ***Благополучатель***  ***(в лице официального представителя)*** |
| --- | --- |
| **Межрегиональный**  **благотворительный общественный фонд помощи больным эпилепсией**  **«СОДРУЖЕСТВО»**  125445, Москва г, Ленинградское ш, д. 114, кв. 57  ИНН 7743087188  КПП 774301001  к/сч 30101810145250000411  Фонд «СОДРУЖЕСТВО»  р/сч 40703810635000000030  ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) | Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  | Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Тел. 8-(916) 142-18-98 | Контактный тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / М.Ю.Дорофеева./ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка подписи |

## Приложение №1

## к Договору о благотворительной помощи № \_\_\_-\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

## Перечень документов, необходимых для рассмотрения Заявления

(при наличии технической возможности допускается предоставления всех сведений в электронном виде, с соответствующей отметкой на бумажном носителе «предоставлено в электронном виде»)

1. Письмо-история ребенка с просьбой о помощи (пишется законным представителем)
2. Цветные фотографии ребенка (хорошего качества, крупный план, неформальный, непаспортный кадр).
3. Ксерокопия паспортов обоих родителей, если семья полная, или одного родителя, если семья неполная.
4. ИНН законного представителя ребенка
5. Ксерокопия свидетельства о рождении ребенка
6. Копия последнего медицинского заключения с диагнозом, на бланке клиники, с подписью врача и печатью и выписка из истории болезни
7. Справка о заработной плате работающих членов семьи (справка о заработной плате оформляется на бланке организации обязательно с указанием должности и оклада) либо заключение местных органов соцзащиты о материально-бытовом положении семьи;
8. Контактные данные законного представителя ребенка: почтовый адрес с индексом, телефоны.
9. Документальное подтверждение стоимости запрашиваемой помощи (счет из больницы, за лекарства, реабилитационную технику, процедуры и т.д.)
10. Заявление и договор, собственноручно подписанные законным представителем ребенка.
11. Копия обращения и отказа в помощи из органов соцзащиты, Министерства здравоохранения РФ или региона.
12. Если ребенок взят вами под опеку – необходима копия решения органов опеки о передаче ребенка или копия свидетельства об опекунстве.

Примечания:

* Наличие ВСЕХ вышеперечисленных документов является ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ.
* в электронном виде вышеперечисленные документы направляются на адрес электронной почты [sodr.epi@gmail.com](mailto:sodr.epi@gmail.com) . Фотокопии документов не рассматриваются (нужны именно КСЕРОКОПИИ), о чем отправителю направляется соответствующее уведомление.

**Приложение №2**

## к Договору о благотворительной помощи № \_\_\_-\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

В Некоммерческую организацию Общероссийский благотворительный общественный Фонд "Содружество"

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес прописки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания, индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.дом. (\_\_\_\_\_ )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить материальную помощь на обследование (лечение, реабилитацию) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в виде\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что

1. Предоставленные мной в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию.
2. В случае принятия положительного решения о предоставлении материальной помощи на лечение и реабилитацию моего ребенка даю разрешение на использование и публикацию (без ограничения по количеству повторов и срокам использования и размещения публикаций) фотоматериалов и иных материалов о моем ребенке, в том числе подтверждающих состояние его здоровья и прохождение ребенком лечения, как Благотворительным фондом «Содружество», так и третьими лицами.
3. При необходимости готов(а) принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка и реабилитацию, либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении лечения ребенком, через полгода и год после оказания помощи готов(а) сообщить о состоянии ребенка и выслать фото ребенка.
4. Даю разрешение на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в виде: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение - бессрочно.

Настоящим я подтверждаю, что настоящее заявление подписано мной добровольно, без какого-либо внешнего воздействия морального или физического характера, что мне понятен смысл всех положений, содержащихся в настоящем заявлении, а также все проистекающие из них мои обязательства и действия.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись ФИО