**ДОГОВОР**

**о благотворительной помощи №\_\_\_**

г. Санкт-Петербург « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.

**Благотворительный фонд помощи детям-инвалидам и инвалидам «АНГЕЛ ВЕРЫ»**, именуемый в дальнейшем ***Фонд,*** в лице Президента Русиновой Регины Рустамовны, 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, нуждающегося 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 оплаты ***медикаментов, расходных материалов, лабораторных исследований, медицинского оборудования,*** ***а также любых других расходов,*** необходимых для оказания качественных медицинских услуг. Под ***благотворительной помощью*** в целях настоящего договора понимается целевое поступление в виде благотворительного пожертвования согласно ч.2 ст.217 Налогового Кодекса РФ.
	2. Размер благотворительной помощи по настоящему договору не может превышать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

(указать размер необходимой помощи)

* 1. Благотворительная помощь считается передана Благополучателю с момента подписания акта приема-передачи. Акт приема-передачи после получения благотворительной помощи Благополучателем должен быть подписан и отправлен в течении 3 (трех) дней по адресу: 420127, Казань, ул. Дементьева, д. 26 А, оф.118
1. **Обязанности сторон**
	1. Фонд обязан:

- организовать сбор средств для нуждающегося в помощи путем размещения информации о нем, в средствах массовой информации, социальных сетях, а также других информационных ресурсах;

- принимать на расчетный счет Фонда, а также через иные платежные системы благотворительные пожертвования от физических и юридических лиц для оказания помощи нуждающемуся;

 - после сбора необходимой для оказания помощи суммы перечислить денежные средства на личный счет нуждающегося или его официального представителя или поставщику медицинских товаров и услуг;

- предоставить отчет о финансовых поступлениях в адрес Благополучателя на свои счета и их расходовании.

2.2. Благополучатель обязан:

- предоставить в Фонд документы, 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 перечисления Фондом благотворительной помощи на личные счета Благополучателя или его официальных представителей, предоставить Фонду оригиналы документов, подтверждающих оплату расходов, указанных в п.1.1;

- в случае наступления обстоятельств, препятствующих использованию благотворительной помощи по назначению, определенному в Приложении 3, уведомить Фонд о наступлении таких обстоятельств в течение 7 (семи) календарных дней и вернуть денежные средства в Фонд по требованию;

- предоставить фото- и видеоотчет о целевом использовании благотворительной помощи в течении 3 (трех) дней;

- использовать благотворительную помощь только по назначению и не имеет право перепродавать третьим лица, таким образом извлекая материальную выгоду.

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, не перечисляются Благополучателю и расходуются Фондом на цели, прописанные в Уставе Фонда;

- в случае невозможности использовать средства по назначению, определенному в Приложении 3 (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. 1.2, в случае получения Благополучателем или его законными представителями финансирования из третьих источников.

* 1. Права Благополучателя:

- отказаться от получения благотворительной помощи с предоставлением письменного заявления;

- ходатайствовать перед Фондом об изменении назначения использования благотворительной помощи, указанного в Приложении 3;

- в случае отмены благотворительной помощи Благополучатель не вправе требовать возмещение убытков.

1. **Срок действия Договора**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение одного года.
2. **Основания для досрочного расторжения договора**

Стороны могут досрочно расторгнуть настоящий Договор:

- по обоюдному согласию сторон;

- в одностороннем порядке при несоблюдении одной из Сторон вышеперечисленных обязательств.

1. **Ответственность сторон**
	1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.
	2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
2. **Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фонд****БФ «АНГЕЛ ВЕРЫ»**Юридический адрес:1993312 Россия, г. Санкт-Петербург, проспект Солидарности, корпус 2, литера П, офис 68ИНН/КПП 1661062819/166101001Р/с 40701810855000000876СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК К/с 30101810500000000653БИК 044030653Тел: +79872773671 | **Благополучатель:****Ф.И.О**Адрес:Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)Тел. дом.Тел. моб. |

**ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фонд:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. | **Благополучатель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Приложение 1

**ДОКУМЕНТЫ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ В ОТСКАНИРОВАННОМ ВИДЕ БЛАГОПОЛУЧАТЕЛЕМ В ФОРМАТЕ .JPG ИЛИ .PDF!**

## Примерный перечень пакета документов для рассмотрения, если в помощи нуждается РЕБЕНОК

1. Видео-визитка длиной до 1 минуты (горизонтально, рассказ о себе/ребёнке (возраст, качества, диагноз), на что будем открывать сбор)
2. Договор о благотворительной помощи с приложениями, собственноручно подписанные.
3. Письмо с рассказом о ребенке и просьбой о помощи.
4. Цветные фотографии ребенка, соответствующие возрасту (хорошего качества, крупный план, неформальный, не паспортный кадр).
5. Паспорта обоих родителей, если семья полная или одного родителя, если семья неполная: разворот с фотографией, страницы «Семейное положение», «Место жительства», «Дети» - все эти страницы обязательны, даже если они пустые!
6. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка.
7. Выписка из истории болезни ребенка, свидетельство об инвалидности.
8. Документальное подтверждение стоимости запрашиваемой помощи (счет из больницы, за лекарства, реабилитационную технику и т.д.)

**Внимание!**

**Для вашего удобства фонд принимает к рассмотрению электронные копии документов. В теме письма писать: ФИ, диагноз**

**Напр.: Сидоров Петя, ДЦП**

**Приложение 2а**

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**  |  |
|  | **(Ф.И.О. полностью)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| паспорт № |  | дата выдачи: |  |
| выдавший орган: |  |
|  | код подразделения: |  |
| адрес места жительства: |  |
|  |

являясь законным представителем (отец, мать, опекун, попечитель) своего

несовершеннолетнего сына/дочери, подопечного, далее по тексту "Ребенок":

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. ребенка полностью) |
| Дата рождения Ребенка:  |  |

в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ даю свое согласие Благотворительному фонду помощи детям-инвалидам и инвалидам «АНГЕЛ ВЕРЫ», на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным законом, следующих персональных данных о ребенке: имя и фамилия, данные свидетельства о рождении, диагноз, сведения о личных качествах, сведения о социальном положении семьи, фото- и видеоизображение Ребенка, изображения рисунков и иных творческих работ Ребенка. Дополнительно даю согласие на размещение указанных данных в СМИ, на страницах Фонда в социальных сетях, в выпускаемых Фондом или при его поддержке печатных материалах (объявлениях, буклетах и т.п.).

Целью обработки Фондом персональных данных является поиск денежных средств для оплаты лечения Ребенка, а также предоставление отчетов о целевом использовании средств благотворителям.

Настоящее согласие считается предоставленным на неопределенный срок и может быть отозвано путем предоставления Фонду письменного заявления об отзыве согласия. В случае отзыва настоящего согласия Фонд обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить их в срок, не превышающий 14 рабочих дней с даты поступления заявления об отзыве.

Окончание срока действия настоящего согласия означает запрет на обработку и использование персональных данных, в том числе для публикаций, начиная с даты прекращения действия согласия, но не распространяется на публикации уже Благотворительному фонду помощи детям-инвалидам и инвалидам «АНГЕЛ ВЕРЫ» до даты прекращения действия Согласия.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО/Подпись)

*«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.*

**Приложение 3**

Президенту

 Благотворительного фонда помощи детям-инвалидам и инвалидам «АНГЕЛ ВЕРЫ»

Русиновой Р.Р.

 От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

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

 (кем и когда выдан)

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

 код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес регистрации:

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

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

 Адрес проживания (с индексом):

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

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

 Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас оказать материальную помощь в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(какая помощь необходима, кому)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с тяжелым материальным положением.

Не возражаю против использования в СМИ, включая Интернет, всех переданных мной документов, медицинских выписок и фотографий, предоставленных мною К ПРИЛОЖЕНИЮ №1 к договору

*Фамилия, инициалы / Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*