|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **АНКЕТА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОМОЩЬЮ** | | |  |
| **ФИО РЕБЕНКА \*** |  | | |
| **ДАТА РОЖДЕНИЯ\*** |  | | |
| **МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА\*** по регистрации |  | | |
| **ДИАГНОЗ**\*, как указан в медицинском документе |  | | |
| **КОГДА УСТАНОВЛЕН\*** |  | | |
| **В КАКОЙ БОЛЬНИЦЕ ПАЦИЕНТ ПРОХОДИТ** или планирует пройти лечение,  ФИО лечащего врача |  | | |
| **КАКАЯ НУЖНА ПОМОЩЬ**\*, цель данного обращения |  | | |
| **ОБРАЩАЛИСЬ ЛИ ВЫ ЗА ПОМОЩЬЮ В ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ \***Название компаний, БФ, СМИ, органы власти, частные лица |  | | |
| **ВЕДЁТЕ ЛИ ВЫ СБОР СРЕДСТВ В СОЦ. СЕТЯХ? КАКИХ? \*** |  | | |
|  | | | |
| **ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ В ФОНД НАШИ ДЕТИ\*** |  | | |
| **КЕМ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ НУЖДАЮЩЕМУСЯ В ПОМОЩИ\*** |  | | |
| **КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ\*,** мобильный и дополнительный номер телефон |  | | |
| **E-mail\*** |  | | |

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**