

Iesniegums

Ar šo lūdzu palīdzību mana bērna ārstniecības atbalstam no ziedojumiem:

Ziņas par bērnu un iesniedzēju

Bērna vārds, uzvārds	
Bērna vecums	
Iesniedzēja vārds, uzvārds	
Radniecība ar bērnu	<input type="checkbox"/> Māte <input type="checkbox"/> Tēvs <input type="checkbox"/> Cits: _____ (norādīt)
Uzturēšanās adrese Latvijā	
E-pasts un tālrunis	

Ziņas par nepieciešamo palīdzību

Bērna diagnoze:	
Norādīt palīdzības veidu (konkrētā ārstniecība, rehabilitācija vai kas cits):	
Norādiet ārstējošo ārstu, kurš norīkojis lūgto ārstniecību, kontakti:	

1. Ziedojums nepieciešams bērna ārstniecības atbalstam;
2. Atļauju anketā norādīto informāciju izmantot apraksta sagatavošanai ziedojumu vākšanai, iepriekš to saskaņojot ar mani;
3. Apliecinu, ka bērna ģimenei nav nepieciešamo līdzekļu bērna ārstēšanai.

Piekrītu, ka:

1. Bērnu slimnīcas fonds saziņos summu neizmaksā vecākiem, bet apmaksā iestāžu piestādītos rēķinus par ārstniecību vai rehabilitāciju;

Datums: _____

Paraksts _____ Paraksta atšifrējums _____

Aizpildīts iesniegums jāsūta elektroniski uz adresi anna@bsf.lv. Mēs ar jums sazināsimies. Pēc tam, kad informācija būs saskaņota, **parakstītu iesnieguma oriģinālu** un nepieciešamos pavaddokumentus sūtīt uz Nodibinājumu "Bērnu slimnīcas fonds", Vienības gatve 45, Rīga, LV 1004.

Заява

Прошу допомогти моїй дитині медичною підтримкою за рахунок пожертв:

Дані про дитину та заявника:

Прізвище, ім'я дитини:	
Вік дитини:	
Ім'я, прізвище заявника	
Відношення до дитини:	<input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Інше: _____ (будь ласка, вкажіть)
Адреса проживання в Латвії:	
Електронна пошта та телефон:	

Детальна інформація про необхідну допомогу

Діагноз дитини:	
Вкажіть вид допомоги (специфічне лікування, реабілітація чи інше)	
Вкажіть контактні дані лікуючого лікаря, який призначив потрібне лікування	

4. Пожертвування необхідне для підтримки лікування дитини;
5. Дозвіл на використання інформації, поданої в анкеті, для підготовки опису збору пожертв, за попередньою мною згодою;
6. Я підтверджую, що сім'я дитини не має необхідних ресурсів для лікування дитини.

я згоден, що:

1. Фонд дитячої лікарні не виплачує пожертвувану суму батькам, а оплачує рахунки, виставлені установами на лікування чи реабілітацію;

Дата: _____

Підпис: _____ Прізвище ім'я по-батьков: _____

Заповнену заявку необхідно надіслати в електронному вигляді на адресу: anna@bsf.lv

Ми зв'яжемося з вами. Після узгодження інформації надішліть **підписаний оригінал заявки** та необхідні супровідні документи до Фонду «Фонд дитячої лікарні», Vienibas gatve 45, Riga, LV 1004.

Заявление

Прошу помощи в поддержке лечения моего ребёнка:

Данные о ребёнке и заявителе

Имя, фамилия ребёнка	
Возраст ребёнка	
Имя, фамилия заявителя	
Родство с ребёнком	<input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Папа <input type="checkbox"/> Другое _____ (указать)
Адрес проживания в Латвии	
Е-майл и номер телефона	

Данные о необходимой помощи

Диагноз ребёнка	
Указать вид медицинской помощи (конкретное лечение, реабилитация или другое)	
Указать лечащего врача, который направил на лечение, контакты	

1. Пожертвование необходимо для финансовой поддержки лечения ребёнка;
2. Разрешаю указанную в заявлении информацию использовать в целях подготовки описания сбора средств, заранее согласовав со мной;
3. Подтверждаю, что у семьи ребёнка нет нужных средств для лечения.

Согласен с тем, что:

Фонд детской больницы сумму пожертвований не выплачивает родителям, а оплачивает предоставленные счета за лечение или реабилитацию.

Число: _____

Подпись _____

Расшифровка подписи _____

Заполненное заявление нужно отправить электронно по адресу anna@bsf.lv. Мы с Вами свяжемся. После того, как информация будет согласована, **подписанный оригинал заявления** и необходимые сопутствующие документы просим прислать по почте Фонду детской больницы: Nodibinājums "Bērnu slimnīcas fonds", Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004.



To:
Children's Hospital Foundation
Chair of the Board Liene Dambina

Application for support

Please provide financial support for the healthcare services of my child:

Information about the child and applicant:

Child's name, surname	
Child's age:	
Applicant's name, surname:	
Relation to the child:	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: (please indicate)
Residency address in Latvia:	
E-mail address and phone number:	

Information about the necessary support:

Child's diagnosis:	
The specific support that is needed (medical services, medicine, rehabilitation or other):	
Doctor who prescribed the specific care (please provide contact information):	

7. The support is needed to provide healthcare for the child;
8. I consent that the information provided in this application may be used to create a fundraiser (a separate agreement has to be met before the fundraiser becomes public)
9. I confirm that the family does not have the necessary funds to cover the needs.

I consent that:

1. Children's Hospital Foundation does not provide the funds to the parents of the child themselves but instead directly pays the bills for the healthcare services.

Date: _____

Signature: _____ Name: _____

The filled-in application first has to be sent electronically to the e-mail address: anna@bsf.lv. We will contact you. After agreeing on the terms, a **signed application original** and additional documents will have to be sent to this address: Nodibinājums "Bērnu slimnīcas fonds", Vienības gatve 45, Rīga, LV 1004.