**Форма договора № 1 используется для оказания благотворительной помощи на дому благополучателям, являющимися инвалидами 1 гр., но не признаны нуждающимися в паллиативной медицинской помощи**

 **Благотворительный договор**

**об оказании социальных услуг (патронажа) на дому**

 №

 Г. Красноярск «\_\_» \_\_\_\_202\_\_ г.

 Благотворительный фонд социальной помощи, реабилитации граждан «Феникс» в лице председателя Станкевич Татьяны Львовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, именуемый в дальнейшем «Благотворитель», и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО получателя благотворительной помощи

именуемый (-ая) в дальнейшем «Благополучатель»,с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Благотворитель осуществляет социальный патронаж Благополучателя на дому для безвозмездного оказания ему услуг по уходу, указанных в индивидуальной программе социального патронажа (далее - "услуги", «патронаж»), которая оформляется по форме приложения 1 к настоящему договору.

1.2. Социальный патронаж осуществляется в целях предоставления Благополучателю помощи, необходимой в связи с утратой им возможности к самообслуживанию.

1.3. Социальный патронаж осуществляется Благотворителем в целях реализации проекта «Мобильный дом милосердия "Крылья Феникса", с которым Заказчик включен в перечень некоммерческих неправительственных организаций – победителей конкурса на предоставление грантов Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, согласованный Координационным комитетом по проведению конкурсов на предоставление грантов Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, по результатам конкурса, проведенного Грантодателем в соответствии с Положением о грантах Президента Российской Федерации, предоставляемых на развитие гражданского общества, утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 30 января 2019 г. № 30 «О грантах Президента Российской Федерации, и положением о конкурсе на предоставление грантов Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, утвержденным приказом Грантодателя от 12 января 2024 г. № 2 по согласованию с Координационным комитетом, (далее – «Проект»).

1.4. Благотворитель имеет право на оказание заявленных услуг, так как входит в реестр поставщиков социальных услуг министерства социальной политики Красноярского края и имеет лицензию министерства здравоохранения Красноярского края на осуществление медицинской паллиативной помощи по сестринскому делу и терапии от 29.08.2022 №Л041-01019-24/00613917.

1.5. Данный Договор заключается с благополучателем, если он не пользуется услугами сиделок от государства по системе долговременного ухода. Заключение данного Договора не исключает использование благополучателем услуг социальных работников и оформления паллиативного статуса в дальнейшем.

# 1.6. Благотворитель гарантирует, что услуги предоставляемые им в рамках данного Договора, оказываются в соответствии с индивидуальной программой, условиями настоящего Договора и в соответствии с приказом министерства социальной политики Красноярского края от 19.03.2021 № 27-Н «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг, и порядка предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг», а также в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья".

1. **Порядок осуществления социальных услуг (патронажа)**

2.1. Оказание социальных услуг осуществляется по месту жительства Благополучателя: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

2.2. Факт оказания услуг в рамках социального патронажа отражается в журнале патронажа (Приложение № 2 к настоящему Договору).

2.3. Патронаж осуществляется выездными бригадами, в которые в зависимости от потребностей Благополучателя включаются следующие работники Благотворителя: социальный координатор, специалист по уходу за лежачими больными, сиделка, психолог.

2.4. При осуществлении патронажа, перечень услуг, оказываемых в рамках данного Договора, может меняться по согласованию с социальным координатором.

2.5. Порядок оказания плановых услуг прописывается в приложении № 2 к данному Договору.

2.6. Возможно оказание срочных (внеплановых) услуг по индивидуальному согласованию с социальным координатором, закрепленным за благополучателем (Приложение № 3).

1. **Права и обязанности Сторон**

**3.1. Благотворитель обязан:**

3.1.1. Добросовестно, качественно и оперативно оказывать предусмотренные Договором и Приложениями к нему социальные услуги.

3.1.2. Строго соблюдать требования законодательства о защите персональных данных, не допускать разглашения сведений, носящих конфиденциальный характер (в том числе персональных данных Благополучателя, включая врачебную тайну, информацию личного характера).

3.1.3. Предоставлять Благополучателю, его законным представителям (членам семьи, родственникам) разъяснения относительно объемов и видов услуг, которые предоставляет Благотворитель.

3.1.4. Вести учет оказанных услуг.

3.1.5. В случае выявления потребности Благополучателя в социальном обслуживании и (или) оказании медицинской помощи, направлять информацию в органы и учреждения, осуществляющие предоставление медицинских услуг, услуг социального обслуживания с согласия Благополучателя, кроме случаев экстренной необходимости оказания медицинской помощи в этом случае Благотворитель направляет сведения о необходимости оказания медицинской помощи без согласия Благополучателя.

3.1.6. своевременно информировать благополучателя и его представителей в письменной форме об изменении порядка и условий предоставления Услуг, предусмотренных настоящим Договором.

* 1. **Благотворитель имеет право:**

3.2.1. Отказать в предоставлении Услуг благополучателю в случае нарушения им условий настоящего Договора, а также в случае возникновения у благополучателя, получающего Услуги выездной патронажной службы противопоказаний к их получению по медицинским показаниям (мытье в резиновой ванне при наличии пролежней и трофических язв, прием медицинских препаратов, не назначенных врачом или в количествах отличных от рекомендаций врачей);

3.2.2. Требовать от благополучателя соблюдения условий настоящего Договора, особенно в части оформления индивидуальных заявок на те или иные услуги, прописанные в приложении №1;

3.2.3. Получать от благополучателя (его законных представителей) информацию (сведения, документы), необходимые для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного предоставления благополучателем (его законным представителем) такой информации (сведений, документов), Благотворитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления требуемой информации (сведений, документов);

3.2.4. Благотворитель вправе отказать в выполнении заявки, которая заведомо может нанести ущерб здоровью благополучателя (сопровождение и транспортировка лежачих больных, расхаживание на костылях и протезах благополучателей весом больше 80 кг., спуск и подъем инвалидов-колясочников весом больше 100 кг. на инвалидной коляске в подъездах, не имеющих пандусов и лифтов с этажей выше первого, выполнение физических нагрузок с тяжелым по весу благополучателями (подопечными) без консультационного сопровождения медицинских сотрудников);

3.2.5. Сотрудники, специалисты, волонтеры Фонда вправе прекратить выполнение заявки в случае оскорбления их личности, разговора на повышенных тонах, применения в их адрес нецензурных слов, а также в случае изменения содержания плановой услуги (заявки) благополучателем без уведомления сотрудника кол-центра Фонда или социального координатора;

3.2.7. Благотворитель не вправе передавать исполнение обязательств по Соглашению третьим лицам;

3.2.8. Благополучатель дает свое согласие на то, что его персональные данные будут храниться в базе данных Благотворителя и использоваться исключительно в целях реализации данного Договора (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных").

* 1. **Благополучатель обязан:**

 3.3.1.Соблюдать сроки и условия настоящего Соглашения;

* + 1. Предоставлять Благотворителю информацию и документы, необходимые для оказания услуг:
* медицинскую информацию, в том числе, информацию о состоянии здоровья, наличии инвалидности, диагнозе, наличии аллергических реакций и др.;
* индивидуальную программу реабилитации, а также медицинское заключение о наличии показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;
* иную информацию, необходимую для составления Индивидуальной программы патронажа.

3.3.3. Оформить согласие на обработку Благотворителем его персональных данных по форме, предусмотренной Приложением № 3 к настоящему Договору, в целях исполнения обязательств по Договору;

3.3.4.Уведомлять в письменной форме Благотворителя об отказе от получения Услуг, предусмотренных настоящим Договором;

3.3.5. Соблюдать порядок предоставления социальных услуг, прописанный в Приложение № 2 к настоящему Договору;

3.3.6. Сообщать Благотворителю о выявленных нарушениях порядка предоставления социальных услуг, через сотрудника колл-центра или социального координатора;

3.3.7. Информировать Благотворителя в случае помещения благополучателя в стационар или убытия на реабилитацию;

3.3.8. Благополучатель или его представитель обязаны предоставить доступ сотрудников Благотворителя в назначенное время в указанное помещение для исполнения услуг (патронажа) на дому;

3.3.9. Благополучатель или его законный представитель обязан уведомить Благотворителя об обращении за благотворительной помощью в другие некоммерческие и коммерческие организации, в т. ч. в средства массовой информации и форумы;

3.3.10. Благополучатель или его законный представитель обязаны уведомить Благотворителя в случае, если благополучатель является получателем социальных услуг силами социального работника или сиделки по системе долговременного ухода от министерства социальной политики Красноярского края.

**3.4. Благополучатель имеет право:**

3.4.1. На уважительное и гуманное отношение;

3.4.2. На получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, которые будут оказаны благополучателю в соответствии с индивидуальной программой к данному Договору, прописанной в приложении № 2, сроках, порядке и условиях их предоставления;

3.4.3. На защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3.4.4. На защиту своих персональных данных при использовании их Благотворителем;

3.4.5. Потребовать расторжения настоящего Договора при нарушении благотворителем его условий.

1. **Порядок изменения и расторжения Договора**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до 31 декабря 202 \_\_ г. В случае, если за 10 дней до окончания действия Договора ни одна из Сторон не заявит о его прекращении, действие Договора продлевается на следующий год с возможностью последующей пролонгации в том же порядке.

4.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из Сторон с предварительным письменным уведомлением другой Стороны за 10 календарных дней до даты расторжения Договора.

4.3. Настоящий договор прекращается в случае заключения между Сторонами договора о предоставлении социальных услуг на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг с другой организацией, оказывающей услуги социального патронажа.

1. **Прочие условия**

5.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Данный Договор составлен в целях осуществления благотворительной деятельности, которая регулируется положением Гражданского кодекса, Федеральным законом от 11.08.1995 № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» иными федеральными законами и законами субъектов РФ.

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

5.4. Приложения к Договору:

1) Индивидуальная программа по оказанию социальных услуг на дому (Приложение № 1);

2) Журнал осуществления социального патронажа (Приложение № 2);

3) Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3);

4) Согласие на фото- и видеосъемку

5) Контактные телефоны сотрудников фонда

**6. Адрес, реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Благотворитель:Юрид/факт. адрес: 660131, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Воронова, д. 18д, пом. 321, тел. 293-85-16, e-mail: bff-24@yandex.ru , сайт: созвездие-феникс.рфИНН 2461031075 КПП 246501001Красноярское отделение №8646 ПАО Сбербанк,р/с 40703810131000000913к/с 30101810800000000627БИК 040407627ОГРН 1162468058444Председатель БФ «Феникс»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Станкевич Т.Л.М.П.  | Благополучатель:Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер, дата выдачи, выдавший орган):СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

Приложение 1

к Благотворительному договору
 № \_\_\_\_\_\_\_\_-п от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПАТРОНАЖА)**

**НА ДОМУ**

**на период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата составления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Услуга** | **Периодичность** |
| **Мытье тела:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □ в обычной ванне (участвует 1 сотрудник) |  |
| □ в обычной ванне (участвуют 2 сотрудника) |  |
| □ в надувной резиновой ванне (участвуют 2 сотрудника) |  |
| □ смена нательного белья после мытья |  |
| □ смена постельного белья после мытья |  |
| **Мытье головы:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □ в надувном резиновом подголовнике  |  |
| □ в обычной ванне |  |
| □ бритье |  |
| **Услуги сиделки** | **□ 2 раза в неделю по 2,5 часа** |
| □ подмена родственников у кровати | **□ 1 день в неделю 5 часов** |
| □ смена памперсов |  |
| □ кормление |  |
| □ смена нательного белья |  |
| □ смена постельного белья |  |
| **□** досуговые занятия |  |
| **Обработка ногтей**  |  **Раз в месяц** |
| □ на руках |  |
| □ на ногах |  |
| **Стрижка** | **Раз в месяц** |
| □ короткие волосы |  |
| □ длинные волосы |  |
| **Услуги службы перевозки лежачих больных** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □ в инвалидной коляске |  |
| □ на каталке |  |
| **Сопровождение социального координатора** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **□** содействие в получении мер социальнойподдержки, в том числе льгот  | По запросу по мере возможности |
| ☐оказание помощи по вопросам организации пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат  | По запросу по мере возможности |
| □ содействие в предоставлении социальных услуг организации социальной защиты | По запросу по мере возможности |
| ☐содействие в проведении медико-социальной экспертизы  | По запросу по мере возможности |
| ☐содействие в обеспечении по заключению медицинского учреждения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями | По запросу по мере возможности |
| ☐сопровождение в медицинские учреждения, учреждения социальной защиты | По запросу по мере возможности |
| ☐консультация по социальным гарантиям и пособиям | По запросу по мере возможности |
| ☐помощь в написании, оформлении, прочтении различных документов | По запросу по мере возможности |
| □ помощь в получении инвалидности | По запросу по мере возможности |
| □ помощь в получении паллиативного статуса | По запросу по мере возможности |
| Помощь в решении других вопросов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Помощь психолога** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □ благоплучателю |  |
| □ родственнику благополучателя, проживающему с ним |  |
| **Услуги благотворительного склада** |  |
| □ безвозмездная аренда ТСР | По мере необходимости, сроком на 3 месяца под залог, по отдельному договору |
| □ безвозмездная аренда медицинского оборудования | По мере необходимости, сроком на 3 месяца под залог, по отдельному договору |
| □ получение средств гигиены | Ежемесячно. При наличии нужных размеров и позиции на складе |

Подпись социального координатора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Благополучателя / законного представителя/

лица, осуществляющего уход\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подписи Сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Благотворитель»:**Благотворительный фонд социальной помощи, реабилитации граждан «Феникс»Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Станкевич Т.Л.М.П. | **«Благополучатель»:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО) |

 Приложение 2

к Благотворительному договору
 № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_202\_\_ г.

Председателю Благотворительного фонда

Социальной помощи. реабилитации граждан «Феникс»

Т.Л. Станкевич

**Согласие на обработку персональных данных Благотворительным фондом социальной помощи, реабилитации граждан «Феникс» (БФ «Феникс»)**

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

ФИО пациента полностью

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (-ая) по адресу (место регистрации):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

паспорт серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

наименование выдавшего органа

**ДЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН,** которые не могут выразить свою волю

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО гражданина)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (-ая) по адресу (место регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия и номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование выдавшего органа)

являясь законным представителем получателя услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО получателя услуг, чьи интересы я представляю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(-ей) по адресу (место регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы)

**1.В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку в Благотворительном фонде социальной помощи. реабилитации граждан «Феникс» (БФ «Феникс»)**

 **(далее – Оператор) персональных данных, включающих:**

**1.1. Для Получателя Услуг:**

1) фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии);

2) пол;

3) дату рождения;

4) место рождения;

5) гражданство;

6) данные документа, удостоверяющего личность;

7) место жительства;

8) место регистрации;

9) дату регистрации;

10) семейное положение, состав семьи;

11) образование;

12) профессия/род деятельности;

13) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;

14) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);

15) сведения об инвалидности;

16) справки о наличии льготной категории;

17) выписные эпикризы из медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную;

18) выписные эпикризы из медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь;

19) анамнез;

20) диагноз;

21) результаты исследований, в том числе сведения, зафиксированные при помощи фото- и видео-съемки;

22) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;

23) вид оказанной медицинской помощи;

24) условия оказания медицинской помощи;

25) сроки оказания медицинской помощи;

26) сведения об оказанных медицинских услугах;

27) объем оказанной медицинской помощи, включая факт обращения за медицинской помощью и сведения об оказанных медицинских услугах;

28) результат обращения за медицинской помощью;

29) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);

30) примененные стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации;

31) фото- и видео - изображение;

32) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу;

33) вероисповедание;

34) социально – бытовые условия;

35) личные предпочтения/хобби.

**1.2. Для представителя Получателя услуг:**

1) фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии);

2) пол;

3) дату рождения;

4) место рождения.

5) гражданство;

6) данные документа, удостоверяющего личность;

7) место жительства;

8) место регистрации.

**1.3. Цель обработки персональных данных:**

1) оказание услуг патронажа в рамках проекта «Мобильный дом милосердия «Крылья Феникса» при условии соблюдения конфиденциальности данных;

 2) составление и реализация индивидуальной программы патронажа работником социальной службы БФ «Феникс» в рамках программы «Мобильный дом милосердия «Крылья Феникса» при условии соблюдения конфиденциальности данных;

3) организация социального обслуживания в рамках программы «Мобильный дом милосердия «Крылья Феникса» при условии соблюдения конфиденциальности данных;

4) оказание социально-психологической поддержки благополучателям и членам их семей в рамках программы «Мобильный дом милосердия «Крылья Феникса»

5) организация досуга Получателей услуг;

6) организация духовной помощи Получателей услуг и их семей.

**2. В процессе оказания мне / Получателя услуг патронажа** Подтверждаю согласие на обработку моих персональных данных, предусмотренную частью 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г.
№ 152-ФЗ «О персональных данных»,

 **предоставляю право работникам организации, передавать мои персональные данные / персональные данные Получателя услуг, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в моих интересах / Интересах Пациента. Предоставляю право медицинскому персоналу и должностным лицам Оператора передавать мои персональные данные / персональные данные Получателя Услуг:**

1) иным медицинским организациям, в целях оказания медицинской помощи;

2) представителям Благотворительного фонда социальной помощи. реабилитации граждан «Феникс» в случае необходимости организации оказания благотворительной помощи Получателя услуг и/или его семье;

3) должностным лицам органов исполнительной власти в сфере социального обслуживания и организациям социального обслуживания в целях организации социального обслуживания в соответствии с требованиями Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ».

4) государственным органам и организациям, предоставляющим БФ «Феникс» субсидии, пожертвования, гранты на осуществление деятельности.

**3. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными / персональными данными Получателя услуг, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные / персональные данные Получателя услуг посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).**

**4. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными / персональными данными Получателя услуг с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется в соответствии с требованиями законодательства. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных / персональных данных Получателя услуг иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.**

Мне известно, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных благотворительный фонд социальной помощи, реабилитации граждан «Феникс» вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия в соответствии с частью 2 статьи 9, пунктом 4 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие дано «\_\_» \_\_\_\_202\_\_ г. и действует бессрочно.

Подпись Получателя услуг/законного представителя[[1]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись)

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

ФИО полностью

Подпись работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5. Для Получателей услуг, использующих альтернативные способы коммуникации.**

Получатель услуг по своему состоянию не может выразить свою волю *письменно*, выразил свое согласие:

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

Работник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, ФИО, подпись)

Согласие дано в присутствии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность/статус, ФИО, подпись)

Согласие дано

в присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность/статус, ФИО, подпись)

Приложение 3

к Благотворительному договору
 № \_\_\_\_\_\_\_\_-п от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**ПАМЯТКА,**

**КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ УСЛУГАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМИ БЛАГОТВОРИТЕЛЕМ**

 **В РАМКАХ ДАННОГО ДОГОВОРА**

**Уважаемый благополучатель!**

1. Вы заключили настоящий Договор с Благотворительным фондом «Феникс» (далее Благотворитель), в Приложении № 1 к нему, указаны все услуги, которые сотрудники и волонтеры будут оказывать Вам в рамках этого договора, указана их периодичность.
2. Время и конкретную дату выполнения той или иной услуги нужно согласовывать с сотрудником колл-центра **по телефону 8(391)2938516 или 8902-9238516 в рабочие дни с 10 до 17** ч.
3. Если к Вам должны приехать для оказания услуги, а Вы плохо себя чувствуете, или к Вам должны прийти посетители –нужно уведомить об отмене заявки сотрудника кол-центра (не позднее, чем за сутки) **по телефону 8(391)2938516 или 8902-9238516 в рабочие дни с 10 до 17 ч.**
4. На **услуги службы перевозки лежачих больных заявки нужно делать за двое суток** на телефон **8(391)2938516 или 8902-9238516 в рабочие дни с 10 до 17 ч.**
5. За Вами закреплен социальный координатор, чей телефон указан в Приложении № 5 к данному Договору, Вы можете обращаться к нему по всем вопросам, которые у Вас возникают по поводу оказания услуг, заявленных в Приложении № 1 к данному Договору. Так же к социальному координатору можно обратиться по поводу добавления услуг в Приложение №1, отмены заявленных услуг, за разовой помощью выездных бригад, а также за помощью в решении каких-то других вопросов, которые в Приложении № 1 не обозначены, но важны для Вас.
6. Если Вы ложитесь в стационар или уезжаете на реабилитацию, нужно об этом уведомить социального координатора или сотрудника колл-центра **по телефону 8(391)2938516 или 8902-9238516 в рабочие дни с 10 до 17 ч.**
7. Напоминаем Вам, что время заявки может быть изменено, в зависимости от загруженности сотрудников, специалистов и волонтеров (за исключением случаев сопровождения в больницы, стационары, суды, административные учреждения). Сотрудник колл-центра обязан предупредить Благополучателя об изменении времени заявки не позднее, чем за сутки. Помните пожалуйста, что мы живет в условиях мегаполиса, с его пробками на дорогах. Иногда сотрудники могут задерживаться на Вашу заявку, в таких случаях сотрудник колл-центра тоже предупреждает вас о времени задержи по телефону. Давайте будем терпимыми к таким моментам.
8. Напоминаем Вам, что на заявку могут приезжать от 1 до 3 сотрудников, в зависимости от сложности услуги, тяжести Вашего заболевания, а также это зависит от вашего веса. О количестве специалистов, которые приедут на очередную заявку (патронаж) Вас накануне уведомляет сотрудник колл-центра.
9. Благополучатель дает свое согласие на то, что его персональные данные будут храниться в базе данных Благотворителя и использоваться исключительно в целях реализации данного Соглашения (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных").
10. Напоминаем Вам, что сотрудники, выезжающие на заявку (патронаж), не несут ответственности, за личные вещи Благополучателя во время исполнения заявки. Пожалуйста, не перекладывайте ответственность за сохранность ваших вещей на плечи наших сотрудников и волонтеров, позаботьтесь об этом сами.
11. На заявки наши сотрудники приезжают со своим оборудованием и инструментом, уходовые средства (шампуни, мыло, кремы, бальзамы; а также средства личной гигиены: мочалки – памперсы, пеленки, мочалки – предоставляете Вы).
12. Помимо услуг по данному договору, сотрудники мобильного дома милосердия «Крылья Феникса» при благотворительном фонде «Феникс» готовы помочь вам с оформлением паллиативного статуса (по показаниям врача) и после этого заключить договор на обслуживание Вас выездной бригадой медицинской паллиативной помощи. Для разъяснения этих моментов нужно обратиться либо в колл-центр фонда, либо к вашему социальному координатору, по телефонам, указанным в приложении № 5.
13. Мы уважаем Вас, ценим в каждом своем благополучателе человека, поэтому просим Вас относиться с таким же уважением к нашим сотрудникам и волонтерам. Помните, что у них, кроме Вашей заявки в этот день еще много заявок. Не вменяйте им, пожалуйста тех услуг, которые не заявлены в Приложении № 1 к настоящему Договору. Помните, что они имеют право прекратить выполнение заявки в случае оскорблений, применения Вами нецензурной лексики, неуважительного отношения.
14. Если Вас не устроило качество оказания услуги на очередной заявки, Вы можете позвонить социальному координатору или сотруднику колл-центра **по телефону 8(391)2938516 или 8902-9238516 в рабочие дни с 10 до 17 ч. и уведомить их о нарушениях или замечаниях.**

С уважением,

председатель БФ «Феникс» Татьяна Львовна Станкевич

Приложение 4

к Благотворительному договору
 № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_202\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ**

**на участие в фото- и видеосъёмке**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим выражаю свое добровольное согласие на фото- и видеосъёмку во время работы со мной волонтеров и специалистов фонда, для изготовления видео- и фотоархива фонда, а также сюжетов для СМИ и размещения информации в соцсетях на страницах фонда. Согласие действует до 30.09.2025 г.

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 5

к Благотворительному договору
 № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_202\_\_ г.

**НУЖНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА**

**СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, РЕАБИЛИТАЦИИ ГРАЖДАН «ФЕНИКС»**

**ТЕЛЕФОН КОЛЛ-ЦЕНТРА** (согласование даты, времени, услуги, заявка на услуги службы сопровождения лежачих больных, отмена заявки, жалобы, благодарности, пожелания) - **8(391)2938516 или 8902-9238516 в рабочие дни с 10 до 17 ч.** Сотрудник колл-центра Ниводничева Марина Александровна

**РУКОВОДИТЕЛЬ ОТДЕЛЕНИЯ МИЛОСЕРДИЯ** – Борисова Кристина Юрьевна (заявка на изменение услуг в приложении № 1 к договору, вопросы замены сиделок, специалистов по уходу и волонтеров, выходящих к вам на заявки **– телефон 89293099014, понедельник, среда с 11 до 14 ч**

Ваш социальный координатор:

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

(телефон) (ФИО)

1. Заполняется в случае, если состояние пациента позволяет ему подписать документ. В ином случае заполняется раздел 5 настоящего документа. [↑](#footnote-ref-2)