



П.І.Б (батька чи мати):

---

---

### Заява

Прошу прийняти мене Учасником Всеукраїнської благодійної організації «Даун Синдром».

Зі статутом організації ознайомлений(а), зобов'язуюсь виконувати його положення та рішення керівних органів.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних згідно Закону і Статуту ВБО «Даун Синдром» (згідно Положення про обробку персональних даних ВБО «Даун Синдром»)

Дата:

Підпис:

### Витяг з протоколу правління ВБО «Даун Синдром» від 06.01.2009:

#### 7. Учасники ВБО «Даун Синдром» мають право:

- 7.1. Одержувати будь-яку інформацію про діяльність організації та користуватись послугами ВБО «Даун Синдром», бути включеними в благодійні програми та/або проекти;
- 7.2. Одержувати допомогу та підтримку організації в рамках виконання статутних цілей Організації;
- 7.3. Вносити благодійні внески та пожертви як в матеріальній так і нематеріальній формі;
- 7.4. Припиняти свою участь в ВБО «Даун Синдром» на підставі поданої письмової заяви;
- 7.4. Зміни статус учасника на статус члена ВБО «Даун Синдром» за власним бажанням за умови виконання вимог «Положення про членство в ВБО «Даун Синдром», подання відповідної письмової заяви і прийняття відповідного рішення Правлінням.

#### 8. Учасники ВБО «Даун Синдром» зобов'язані:

- 8.1. брати участь у роботі організації в рамках своїх можливостей;
- 8.2. дотримуватись положень Статуту та цього Положення;
- 8.3. виконувати рішення керівних органів організації;
- 8.4. сприяти поширенню інформації та пропагандувати діяльність організації;
- 8.5. не допускати вчинення дій, які:
  - 8.5.1. наносять шкоду діяльності та діловій репутації ВБО «Даун Синдром»;
  - 8.5.2. дій, що направлені на порушення прав інших членів та/або учасників Організації;
- 8.6. при отриманні допомоги від організації повинні пред'явити (надавати копії) наступні документи: паспорт, ідентифікаційний номер, пенсійне посвідчення, розрахункові документи (за необхідності).

## Всеукраїнська благодійна організація «Даун Синдром»

### Анкета

Просимо вас відповісти на питання анкети. Опитування проводиться, аби краще розуміти потреби та можливості людей, для яких працює організація «Даун Синдром». Ви можете не відповідати на запитання, на які не хочете давати відповідь.

*Вся надана Вами інформація не розголошується і є конфіденційною!*

1. Батьки (опікуни)	
Мати:	Батько:
П	П
І	І
По батькові	По батькові
моб.	моб.
е-майл: _____	
чи бажаєте Ви отримувати інформаційну розсилку по е-майл: <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
Адреса _____	
район (для киян)	
2. Дитина:	
Якщо є ще діти, вкажіть:	
П	П
І	І
По - батькові	По - батькові
Дата народження:	Дата народження:
Діагноз:	
Проблеми зі здоров'ям	

3. Оформлена інвалідність на дитину?:  так  ні

4. Чи відвідує дитина освітні заклади (д/с, школа, центр розвитку, реабілітаційний центр, корекційний центр, тощо):  так  ні,  
якщо так, вкажіть номер або назву

5. Чи займається Ваша дитина індивідуально зі спеціалістами:  так  ні, якщо так, то з якими?

6. Для покращення життя дітей з синдромом Дауна, я можу зробити наступне (відмітьте галочкою):

<input type="checkbox"/> зібрати команду для гри в боулінг;	<input type="checkbox"/> надати легковий транспорт, <input type="checkbox"/> вантажний транспорт
<input type="checkbox"/> зібрати команду для гри в міні-футбол;	<input type="checkbox"/> здійснити благодійну пожертву;
<input type="checkbox"/> зібрати команду для гри в пейнт-бол;	<input type="checkbox"/> надати лист-запрошення про соціальне співробітництво керівнику своєї організації;
<input type="checkbox"/> здійснити переклад (_____ мова);	<input type="checkbox"/> підтримати проект «Конверт добра»;
<input type="checkbox"/> здійснити дизайн та верстку друкованих матеріалів;	<input type="checkbox"/> оформити благодійну банківську картку «Срібна монетка» та запропонувати зробити це своїм колегам
<input type="checkbox"/> допомогти з відео-, фото зйомкою;	
<input type="checkbox"/> участь в акціях або публічних заходах;	

**Література, отримана Вами, була надрукована за благодійні внески інших батьків та є безкоштовною для Вас. Ви можете зробити і свою пожертву для того, щоб надалі Ваша дитина, інші малюки, батьки та спеціалісти могли користуватись такими необхідними інформаційними матеріалами!**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

Дата

Підпис