



ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

вул. Максима Залізняка, 10, м.Черкаси, 18036, тел./факс (0472) 37-44-34
E-mail: 03195719@mail.gov.ua Код ЄДРПОУ 03195719

16.09.2019 № 14/09-19

На № _____ від _____

Керівникам структурних підрозділів
з питань соціального захисту
населення райдержадміністрацій,
міських рад, ОТГ

Директорам територіальних центрів
соціального обслуговування
(надання соціальних послуг)

Директорам інтернатних установ

Директорам реабілітаційних центрів

Директору Центру по нарахуванню
та здійсненню соціальних виплат

Надсилаємо лист Громадської організації “Міжнародний фонд
“Взаєморозуміння і толерантність”, для використання в роботі та інформування
зазначеної категорії населення.

Просимо розмісти викладену інформацію на офіційних сайтах, в місцевих
ЗМІ та інформаційних стендах ваших установ.

Додаток: на 2 арк.

Директор

Р. ЧИКАЛО

Галина Московченко 50 03 72



ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
"МІЖНАРОДНИЙ ФОНД
"ВЗАЄМОРОЗУМІННЯ І ТОЛЕРАНТНІСТЬ"

PUBLIC ORGANIZATION
"INTERNATIONAL FOUNDATION
"MUTUAL UNDERSTANDING AND TOLERANCE"

Україна, 04080, Київ-80, вул. Кирилівська, 15, Kirilivska st. 15, Kyiv, Ukraine, 04080
тел./факс 462-50-06, e-mail: post@toleranz.org.ua, www.toleranz.org.ua

**ПРОГРАММА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЖЕРТВАМ НАЦИСТСЬКИХ ПЕРЕСЛІДУВАНЬ**

Громадська організація "Міжнародний фонд "МФ "Взаєморозуміння і толерантність" з лютого 2019 року по грудень 2021 року здійснюватиме в Україні програму покращення життєвої ситуації колишніх українських жертв нацистських переслідувань шляхом поліпшення їхнього фізичного та психоемоційного стану. Допомога надаватиметься колишнім в'язням нацистських таборів, гетто, нацистських тюрем, примусовим працівникам промисловості та сільського господарства, дітям, які були вивезені разом з батьками, у т.ч. дітям, народженим у неволі. Проект фінансується німецьким Фондом "Пам'ять, відповідальність і майбутнє" (EVZ).

Програмою передбачено:

- оперативне видалення катаракти;
- слухопротезування;
- забезпечення медикаментами та допоміжними медичними та гігієнічними засобами;
- санаторно-курортне лікування.

Для отримання допомоги необхідно звернутися до ГО "МФ "Взаєморозуміння і толерантність" з особистою заявою та відповідними актуальними медичними висновками (зразок заяви додається).

Кошти, надані на реалізацію програми, обмежені. Тому, Правлінням Фонду разом з представниками громадських організацій жертв нацистських переслідувань України буде прийматися рішення про першочергову допомогу найбільш нужденним.

Заява надсилається на адресу:

вул. Кирилівська, 15, м. Київ, 04080
ГО "МФ "Взаєморозуміння і толерантність"

Вичерпну консультацію можливо отримати:

за телефоном +38044-4625009 або e-mail: post@toleranz.org.ua

Умови програми розміщено на сайті організації
www.toleranz.org.ua

Президент

И.Н.Лушников

ЗАЯВА

для отримання медичної допомоги в рамках проекту 2019-2021р.р.
за рахунок коштів німецького Фонду "Пам'ять, відповідальність і майбутнє"

Заяву необхідно заповнити чітким розбірливим почерком і надіслати на адресу:

04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 15

Громадська організація "Міжнародний фонд "Взаєморозуміння і толерантність"

Прізвище ім'я, по батькові _____
(прізвище, ім'я, по батькові жертви нацистських переслідувань)

Дата народження _____

Місце фактичного проживання: індекс _____ область: _____

район _____ місто, смт, село _____

вулиця _____ буд. _____ корпус. _____ кв. _____

телефон (обов'язково) _____

контактна особа: _____ тел. _____

(за відсутності телефону за місцем проживання, обов'язково зазначити телефон, прізвище ім'я та по батькові, контактної особи)

Наявність групи інвалідності:

необхідне позначити X

I група

II група

III група

Чи потребуєте стороннього догляду:

(необхідне позначити X)

так

ні

Чи отримуєте допомогу соціального працівника:

(необхідне позначити X)

так

ні

Сімейний стан: необхідно позначити X

одружений/на

вдова/вдівець

маю дітей

маю опікуна

самотній/ня

Потреба (за висновком лікаря) (необхідне позначити X)

1. – операція на органах зору

4. - медичні допоміжні та гігієнічні засоби

2. – слухопротезування

5. - медичне обладнання

3. – санаторно-курортне лікування

6. - медикаменти

До анкети обов'язково додаються ксерокопія паспорту (стор. 1,2, 11) та ідентифікаційного коду.
У разі необхідності одержання медикаментів та/або допоміжних медичних засобів – актуальні медичні висновки (оригінали рецептів від лікаря та/або виписки з медичної установи).

_____ дата

_____ особистий підпис заявника

Увага! Програма надання медичної допомоги на правонаступників померлих жертв нацистських переслідувань не поширюється.