

МІНІСТЭРСТВА КУЛЬТУРЫ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

пр. Пераможцаў, 11; 220004, г.Мінск
тэл. (017) 203 75 74, факс (017) 203 90 45

БІК: АКВВ ВУ 2Х; рахунак:
ВУ71АКВВ36049000026690000000

ААТ «АСБ Беларусбанк»
e-mail: ministerstvo@kultura.by

31.08.2025 № 01-18/0-349
На № _____ ад _____

МИНИСТЕРСТВО КУЛЬТУРЫ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

пр. Победителей, 11; 220004, г.Минск
тел. (017) 203 75 74, факс (017) 203 90 45

БИК: АКВВ ВУ 2Х; счет:
ВУ71АКВВ36049000026690000000

ОАО «АСБ Беларусбанк»
e-mail: ministerstvo@kultura.by

Главное управление культуры
Гомельского и Минского
облисполкома,
управления культуры Минского
горисполкома и облисполкомов

Государственные организации,
подчиненные Министерству
культуры

О направлении обращения

Направляем поступившее в Министерство культуры обращение
Стеценко А.В. по вопросу оказания помощи на лечение.

При положительном решении просим информировать Министерство
культуры не позднее 14.08.2025.

Приложение: на 9 л. в 1 экз.

Заместитель Министра

С.А.Саракач

[← К списку обращений](#)

Тема обращения: Другие вопросы

№29002500063300	Обращение подано: Миникультуры	Примечания
Подано	Заявитель: Стеценко Александра Владимировна	Д
	Зарегистрированного по адресу: 230017, Гродненская область обл., Гродненский р-н., г. Гродно, ул. Огинского, д. 17, кв. 5	
	Контактный телефон: +375445859844	↓ Э
	Электронный адрес: vs22072016@gmail.com	
Предложение (Индивидуальное)		
Оказание помощи больному ребенку		
Прикрепленные файлы:		
Письмо о ...		
Посмотреть		
Дата подачи: 26.07.2025 20:59	Стеценко Александра Владимировна	
Категория: Физическое		
Статус физ. Гражданин		
☒ Необходимо		
☐ Загрузка		
➤ Отправить с		

Система обращений

[Новости](#)[Контакты](#)[Помощь](#)

145

Бесплатно для абонентов Белтелеком
Для абонентов мобильных операторов
по тарифам мобильных операторов
Время работы: пн-пт, 9:00-18:00
пт. 9:00-16:20
сб-вс, – выходные дни.

г. Минск, ул. Беломорская, 18

Стеценко Александра Владимировна и
Стеценко Никита Николаевич
Проживающих по адресу:
РБ, г.Гродно, улица Огинского 17 кв.5,
230022
Тел. +375 44 5859844 Александра
Тел. +375 29 6262168 Никита
Email: vs22072016@gmail.com

Об оказании помощи

Уважаемый руководитель!

Сегодня мы вынуждены просить у Вас о помощи. У нашего сына, Стеценко Ивана Никитича (22.07.2016 г.р.) в 4 года диагностировали смертельное генетическое заболевание - мышечная дистрофия Дюшенна-Бекера. Дети с таким заболеванием постепенно теряют способность в передвижении, теряют способность ходить, стоять, плотать и дышать- мышцы нашего сына разрушаются. Срочность сбора в том, что у Вани сейчас кризисный возраст, когда он может сесть в инвалидное кресло в любой момент.

Наш сын сейчас учится во 2-м классе общеобразовательной школы, рисует, любит конструировать и лепить.

Учитывая тип тяжести и стремительность развития заболевания, нами было принято решение о проведении лечения самым дорогим препаратом в мире, ELEVIDYS, стоимость которого очень высока – 2 900 000 долларов США. Препарат появился только 2023 году, в 2024 сняли возрастные ограничения.

Этот препарат применяется один раз и даёт шанс сохранить те функции организма которые еще не потеряны и спасет жизнь нашему сыну. Нам нужно срочно ввести инфузию и сохранить его способность двигаться. Сделать эту спасительную инфузию возможно в ОАЭ. Данный препарат не зарегистрирован в нашей стране и соответственно помочь в его финансировании государство не может.

Из-за крайне высокой стоимости препарата приобрести его за свои средства наша семья не имеет возможности. Мы были вынуждены организовать сбор средств своими силами. Сбор продвигается очень медленно, поэтому мы просим помощи у вас. По состоянию на 26.07.25 собрано 40,25%.

Мы умоляем Вас помочь спасти жизнь Ивана!!

Просим вас:

- Разместите листовки с реквизитами и информацией о Иване у вас в организации.
- Донесите информацию о срочности сбора до ваших сотрудников и партнеров.

- По возможности организуйте добровольный благотворительный сбор среди сотрудников вашей организации.
- Рассмотрите возможность оказать безвозмездную (спонсорскую) помощь от имени вашей организации в рамках Указа Президента Республики Беларусь № 300 от 01.07.2005 «О безвозмездной (спонсорской) помощи», в том числе в части оказания медицинской помощи нуждающимся физическим лицам»

Пакет всех необходимых подтверждающих документов прилагается.

Реквизиты для помощи:

• Быстрый способ помочь – пополнить баланс МТС

+375 (29) 291-43-83

Благотворительные счета открыты

**Владелец счета: Стеценко Александра Владимировна;
Адрес банка: ОАО «АСБ Беларусбанк», отделение №400/4003;
г. Гродно, пр. Я.Купалы, 24 .БИК: АКБВВУ2Х, УНП 100325912
Код назначения платежа: 44201 Безвозмездная (спонсорская) помощь**

Транзитный счёт

BY94 АКБВ 3819 3821 0003 2000 0000

BYN -BY82 АКБВ 3134 0000 0061 4007 0000

EVRO -BY20 АКБВ 3134 2000 0028 8007 0000

RUB- BY98 АКБВ 3134 3000 0026 0007 0000

USD -BY98 АКБВ 3134 1000 0032 5007 0000

Информация по сбору размещена на страничке.

Инстаграм : @st_ivan_n22

<https://stivanm22.taplink.ws>

От всей души благодарим за внимание и любую поддержку. Протяните руку помощи нашему ребенку.

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА

Серия 14 № 0038725



Стрельцов

Александр

Александр



М.П. 2-го состава

Мед.

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством

Удостоверение 1001

ИНВАЛИДНОСТИ

П.О. 2001

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

Александр

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

ПРОТЯЖА ИНВАЛИДА

Государственное учреждение
здравоохранения "Детская
центральная городская
клиническая поликлиника - городская
Гродно
клиническая поликлиника г. Гродно
ул. Артиста, 14

Пол:
Класс:
Министерства здравоо
Республики
Фарма-4

Медицинская справка о состоянии здоровья

Дана Степанко Иван Никитич

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер

Дата рождения 22.07.2016 г.

Пол: Мужской

Место жительства (место пребывания)

г. Гродно, ул. Огинского д. 17 кв. 5

Цель выдачи справки по м/т

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)

01.08.2022 - H52.2 Астigmatизм

26.06.2023 - A08.0 Ротавирусный энтерит

31.10.2024 - J08.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

16.01.2025 - G71.0 Мышечная дистрофия

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров,
обследований, сведения о профилактических прививках и прочее)

29.06.2024. Форма №225/у-07. Исследование крови на глюкозу (Филиал, Огинского 15)
Глюкоза: 4.7

29.08.2024. Форма №209/у-07. Анализ крови общий. (Филиал, Огинского 15)

Эритроциты RBC_M: 4.7 Гемоглобин Hb_M: 138 Лейкоциты WBC: 10.2

Нейтрофилы Сегментоядерные: 22 Нейтрофилы Эозинофилы Проц: 1

Нейтрофилы Лимфоциты Проц: 73 Нейтрофилы Моноциты Проц: 4 СОЭ_M: 3

04.09.2024. Форма №202/у-07. Анализ мочи общий. (Филиал, Огинского 15): Цвет мочи:
мутность: пр реакция: белок: нет глюкоза: нет эритроциты: лейкоциты: 2
соли: ++ Слизь: ++

30.10.2024. Форма №209/у-07. Анализ крови общий. (Филиал, Огинского 15):

Эритроциты RBC_M: 5.9 Гемоглобин Hb_M: 160 Лейкоциты WBC: 4.4

Нейтрофилы Сегментоядерные: 26 Нейтрофилы Эозинофилы Проц: 1

Нейтрофилы Лимфоциты Проц: 64 Нейтрофилы Моноциты Проц: 9 СОЭ_M: 4

04.11.2024. Форма №209/у-07. Анализ крови общий. (Филиал, Огинского 15):

Эритроциты RBC_M: 4.9 Гемоглобин Hb_M: 150 Лейкоциты WBC: 6.6

Нейтрофилы Сегментоядерные: 31 Нейтрофилы Эозинофилы Проц: 3

Нейтрофилы Лимфоциты Проц: 62 Нейтрофилы Моноциты Проц: 4 СОЭ_M: 4

09.03.2022 - 16.03.2022. - - G71.0 - Мышечная дистрофия

05.06.2023 - 16.06.2023. ГУ "РКЦ паллиативной медицинской помощи детям"

20.06.2023 - 26.06.2023. УЗ "ГОИКБ" - A08.0 - Ротавирусный энтерит

03.05.2024 - 03.05.2024. РКЦ ПМГД - -



**ПОМОГИТЕ СПАСАТЬ
ЖИЗНЬ СЫНА**

Стеценко И

г.Гродно РБ

22.0

**Д-р Мюдиетр
Дюшенне**

**СБОР СРЕДСТВ
ИНФУЗИЮ ELE**



@st_ivan_n22

сумма сбора 2 900

БЫСТРЫЙ СПОСОБ ПОПОЛНИТЬ БАЛАНС

МТС+37529-291-43

 **БЕЛАРУСБАНК**

ТРАНЗИТНЫЙ СЧЕТ

BY94 АКВВ 3819 3821 0003 2000 0000

КАРТА БЕЛ

9112 3801 6213 065

MIKITA STSIA

Назначение платежа: на лечение Ивана

BYN- BY82AKBB31340000006140070000

EUR- BY20AKBB313420000002880070000

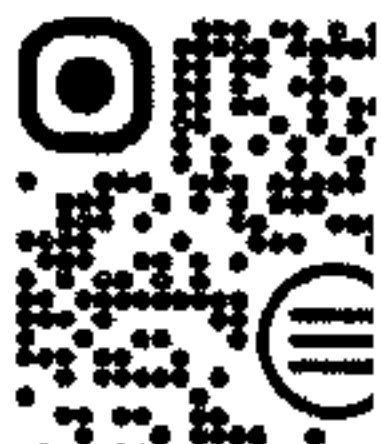
RUB- BY98AKBB313430000002600070000

USD- BY98AKBB313410000003250070000

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА ОТКРЫТЫ

НА СТЕЦЕНКО АЛЕКСАНДРУ

ВЛАДИМИРОВИЧУ



Повторное

Е АБ НАРАДЖЭННІ

ІАЦЭНКА

КН 11.18.951

МІКІТАВІЧ

7474349A002PB0

дваццаць другога ліпеня дзве

тысячы, месяц, год зафіксаваны і правераны

і аб нараджэнні

03

числа

августа

2016

года

Место рождения: республика (государство) Беларусь

область (край)

Новогрудский

район

г.Новогрудок

Родители:

Отец

НИКИТА НИКОЛАЕВИЧ

Стеценко

национальность

белорус

Мать

Стеценко

Александр Владимировна

Стеценко

Украина

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка)

СТЕЦЕНКО

ИВАН НИКИТИЧ

Собственное имя, отчество

7474349A002PB0

родился(лась) 22.07.2016 двадцать второго июля две

тысячи шестнадцатого года

число, месяц, год зафиксированы и проверены

о чем в книге регистрации актов о рождении

03

числа

августа

2016

года

произведена запись за № 253

Место рождения: республика (государство) Беларусь

область (край)

Новогрудский

район

г.Новогрудок

Родители:

Отец

НИКИТА НИКОЛАЕВИЧ

Стеценко

национальность

белорус

Мать

Стеценко

Александр Владимировна

Стеценко

Украина

PROFORMA INVOICE

(Estimate Cost)

International Patient Services & Gene Therapies Department, Dubai

Reference No.:	QMD-FUHDXB-Stsiatsenkalyan-2271613125-Q1
Date :	13 Jan 2025
Patient Name :	Stsiatsenka Ivan
Date of Birth :	22 July 2016
Name of Parent / Guardian	Aliaksandra & Nikita
Referral Contact if any:	Direct
Diagnosis	Duchenne Muscular Dystrophy
Primary Physician	Dr. Arif Khan (British Board-certified Consultant Ped. Neurologist)
Department	Pediatric Neurology & Multi-disciplinary Team
Contact Email	FUH.genetherapy@fakeeh.ae

Estimated Cost / Tariff / Paket / Matryci / Oprieh / Popyash / Cron / Cost /

ELEVIDYS® Infusion Service	AED 10, 643, 000 Dirhams (REFERENCE PRICE US\$ 2,900,000 Million approximately)
----------------------------	--

OPD Consultations	Quantity
Ped. Neurologist	Minimum 5 - Maximum 12
Ped. Pulmonologist	Maximum - 1
Ped. Cardiologist	Maximum - 1
Ped-Orthopaedician	Maximum - 1
Ped. Gastroenterologist	Maximum - 1
Spine Surgeon (As advised by Doctor)	Maximum - 1
Orthotics Consultation (As advised by Doctor)	Maximum - 1
Dietician, Ped ENT / Ped. Endocrine (As advised by Doctor)	Maximum - 1
Speech & Swallow Specialist Consultation (As advised by Doctor)	Maximum - 1
Emergency Room visit (Gen. Paediatrician) Consultation	Maximum - 3
Sleep Study with 1 night In-Patient stay	Maximum - 1
Physio-rehabilitation Services	
Physiotherapy for Gene Therapy patients (30-45 Mins per session)	Maximum 24 Sessions
Hospital Admissions	
Paediatric Intensive Care Unit (For Gene Therapy Infusion)	Maximum 1 night stay
Medications & Blood Investigations for Gene Therapy	
Elevidys gene therapy as prescribed by Doctor	Maximum 1 Order
Prednisolone as prescribed by Doctor	As Prescribed by Doctor
Nexium as prescribed by Doctor	As Prescribed by Doctor
Blood Investigations related to Gene Therapy	2 before Gene Therapy + 8 after Gene Therapy

Patient / Family Wellness Benefits (**Terms & Conditions Applicable. No Cash refunds if benefits are unutilized)	1. Complimentary One Bedroom Serviced Apartment for family of 2 Adults + 2 Children for upto maximum of 88 Days. Stay only. *Terms & Conditions apply. ** No Cash Refunds for early check outs.
	2. Complimentary Grocery Vouchers valued upto AED 10,000 (given in 2 instalments. First given 15 days after Arrival. Second delivered after infusion. *Terms & Conditions apply. No cash refunds.
	3. Complimentary Hospital Cafeteria (Hot/Cold Beverages/Snacks) Vouchers for up to AED 1000. *Terms & Conditions apply. No cash refunds.
	4. Complimentary Language Translator Services.
	5. Complimentary Airport Shuttle Pick up & Drop
	6. Complimentary Hotel to Hospital Pick up & Drop.
	7. Complimentary Use of Shuttle Vehicle to nearest Mall/Shopping Centre (As available/Limited Service).
	8. 20% Discount on Medical Services for Patient Attenders. *Terms & Conditions apply

Package Exclusions / Not included in the above-mentioned Package:

Any clinical or non-clinical service or products not mentioned in the above Estimate Cost break-up.

Important:

Terms & Conditions	a. It is obligatory to complete the treatment process as recommended by the doctor. Blood tests after infusion are mandatory. The minimum stay is 75 days. b. The estimated cost estimate and availability of the drug may vary.
	c. The Hospital Management has the right to modify/cancel any of the above-mentioned benefits.
	d. If in a situation where the hospital must initiate a refund, for example, when the patient becomes clinically unfit OR ineligible due to any unforeseen/unavoidable circumstance, the same will be initiated only after it has been duly approved by the competent authority of the hospital in accordance with applicable hospital policy. Recalculation shall be made considering all medical services and patient benefit rendered, and remaining fund shall be refunded to origin / source IBAN number.
	e. As per hospital's policy, any applicable refunds will be made via a bank transfer to the origin / source IBAN only. Maximum Cash Refunds applicable up to AED 10,000.
Payment Terms	100% advance. Credit facility not available.

Contact Details:

Gene Therapies Division

Fakeeh University Hospital

Dubai Silicon Oasis

Dubai, UAE

Cell: +971 58 422 7180 | Email: FUH.Dubai@fakeeh.care | Phone: +971 4414 44 44 Extn: 4750

