Отделение Пенсионного фонда РФ по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ НЕРАБОТАЮЩЕМУ ТРУДОСПОСОБНОМУ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД ЗА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНИНОМ**

**1.**  Иванова Ирина Ивановна

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) неработающего трудоспособного лица, осуществляющего уход за нетрудоспособным гражданином)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| страховой номер индивидуального лицевого счета | 111-222-33333 | , |
| принадлежность к гражданству | РФ |  |
| проживающий (ая) в Российской Федерации: |  |
| адрес места жительства[[1]](#footnote-0)\* |  |  |
| Санкт-Петербург, ул. Первая, дом, 2, квартира 3 | , |
| адрес места пребывания[[2]](#footnote-1)\* |  |  |
| -//- | , |
| адрес места фактического проживания[[3]](#footnote-2)\*\*\* |  |  |
| -//- | , |
| номер телефона | +7 123 456 78 90 | , |  |
| адрес электронной почты | ivanova@\*\*\*.ru |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | паспорт |
| Серия, номер | 12 34 567890 | Дата выдачи | 12.12.2012 |
| Кем выдан | ОВД Кировского района, г. Астрахани |
| Дата рождения | 15.12.1994 |
| Место рождения | г. Астрахань |

Осуществляю с \_\_\_15.10.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уход за нетрудоспособным гражданином

 *(дата)*

|  |
| --- |
| Ивановой Марией Петровной |

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) нетрудоспособного гражданина, за которым осуществляется уход)*

являющимся *(сделать отметку в соответствующем квадрате):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | инвалидом I группы (за исключением инвалида с детства I группы); | Х | престарелым, нуждающимся по заключению медицинской организации в постоянном постороннем уходе; |
|  | престарелым, достигшим возраста 80 лет |  |  |

В настоящее время *(сделать отметку в соответствующих квадратах):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Х | не работаю; |  | работаю, |  |
|  | не являюсь, |  | являюсь | получателем ежемесячной компенсационной выплаты в связи с осуществлением ухода за указанным нетрудоспособным гражданином в органе, осуществляющем пенсионное обеспечение в соответствии с Законом Российской Федерации от 12 февраля 1993 г. № 4468-1 «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей»; |
| Х | не получаю, |  | получаю | пособие по безработице в соответствии с Законом Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации»; |
| Х | не обучаюсь, |  | обучаюсь | по очной форме в образовательном учреждении; |
|  | не назначалась, |  | назначалась | пенсия в соответствии с законодательством Российской Федерации. |

**2. Представитель**

-//-

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| адрес места жительства[[4]](#footnote-3)\* |  |  |
| -//- | , |
| адрес места пребывания\*\* |  |  |
| -//- | , |
| адрес места фактического проживания\*\*\* |  |  |
| -//- | , |
| номер телефона | -//- | , |  |
| адрес электронной почты | -//- |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя | -//- |
| Серия, номер | -//- | Дата выдачи | -//- |
| Кем выдан | -//- |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя | -//- |
| Серия, номер | -//- | Дата выдачи | -//- |
| Кем выдан | -//- |

 **3.** Прошу назначить в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от
26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» ежемесячную компенсационную выплату в связи с осуществлением ухода за нетрудоспособным гражданином. Выплату производить к назначенной нетрудоспособному гражданину пенсии.

 **4**. Я предупрежден:

а) о необходимости в течение пяти рабочих дней извещать территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации об обстоятельствах, влекущих за собой прекращение осуществления компенсационной выплаты:

о смерти нетрудоспособного гражданина или признании его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим;

о прекращении осуществления ухода за нетрудоспособным гражданином;

о назначении лицу, осуществляющему уход, пенсии независимо от ее вида и размера;

о назначении лицу, осуществляющему уход, пособия по безработице;

о выполнении нетрудоспособным гражданином либо лицом, осуществляющем уход, оплачиваемой работы;

о помещении нетрудоспособного гражданина в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания;

б) о необходимости безотлагательно извещать территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации об изменении места жительства лица, осуществляющего уход;

в)

*(указывается иное)*

 5. К заявлению прилагаются документы:

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Наименование документа |
|  |   |
|  |  |

6. Достоверность сведений, указанных в заявлении, и ознакомление с положениями пункта 4 настоящего заявления подтверждаю.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата заполнения заявления | Подпись гражданина (его представителя) | Расшифровка подписи(инициалы, фамилия) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись специалиста(расшифровка подписи) |
|  |  |  |

1. \* Указывается полный адрес места жительства гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-0)
2. \* \* Заполняется, если гражданин имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства. Указывается полный адрес места пребывания гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-1)
3. \* \*\* Заполняется, если адрес места фактического проживания гражданина не совпадает с местом жительства или местом пребывания, либо гражданин не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания. [↑](#footnote-ref-2)
4. \* Указывается полный адрес места жительства представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк.

 \*\* Заполняется, если представитель имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства. Указывается полный адрес места пребывания представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк.

 \*\*\* Заполняется, если адрес места фактического проживания представителя не совпадает с местом жительства или места пребывания, либо представитель не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания. [↑](#footnote-ref-3)