
(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ УХОДА
НЕРАБОТАЮЩИМ ТРУДОСПОСОБНЫМ
ЛИЦОМ ЗА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНИНОМ**

1. _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) нетрудоспособного гражданина)

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования № _____,

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства _____,

адрес места пребывания _____,

адрес фактического
проживания _____,

номер телефона _____

Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Дата рождения			
Место рождения			
Срок действия документа (при наличии)			

2. Представитель (законный представитель недееспособного (ограниченного в дееспособности) лица) (при наличии)

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

адрес места жительства _____,

адрес места пребывания _____,

адрес фактического
проживания _____

номер телефона _____

Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Срок действия документа <i>(при наличии)</i>			

Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя				
Серия, номер		Дата выдачи		Срок действия
Кем выдан				

3. Сообщаю о прекращении осуществления за мной ухода

_____ *(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) неработающего трудоспособного лица, осуществляющего уход)*

с _____ *(дата)*

4. Прошу *(сделать отметки в соответствующих квадратах при наличии такого выбора гражданина)*:

- а) направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации настоящего заявления и представленных мною документов, на адрес электронной почты

_____ *(адрес электронной почты гражданина (его представителя))*

- б) осуществлять информирование о ходе предоставления государственной услуги путем передачи текстовых сообщений

(сделать отметку в соответствующем квадрате, указать нужное):

- на адрес электронной почты гражданина (его представителя)

_____ *(адрес электронной почты)*

- на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи гражданина (его представителя)

_____ *(абонентский номер)*

5. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.

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