

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**ИЗВЕЩЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, ВЛЕКУЩИХ  
ПРЕКРАЩЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ  
НЕРАБОТАЮЩЕМУ ТРУДОСПОСОБНОМУ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯВШЕМУ  
УХОД ЗА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНИНОМ**

1. \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) неработавшего трудоспособного лица, осуществлявшего  
уход за нетрудоспособным гражданином)

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 (при наличии) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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	
Кем выдан			

3. Руководствуясь пунктом 10 Правил осуществления ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы (за исключением инвалидов с детства I группы), а также за престарелым, нуждающимся по заключению медицинской организации в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июня 2007 г. № 343, сообщаю о (отметить нужное):

- прекращении ухода за \_\_\_\_\_;  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии) нетрудоспособного гражданина)*
- назначении пенсии;
- назначении пособия по безработице;
- выполнении оплачиваемой работы мною/нетрудоспособным гражданином;  
*(нужное подчеркнуть)*
- помещении нетрудоспособного гражданина в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания;
- другое

с \_\_\_\_\_  
*(дата)*

#### 4. Прошу

а)  направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема органом Пенсионного фонда Российской Федерации настоящего заявления и представленных мною документов, на адрес электронной почты  
*(сделать отметку в квадрате при наличии такого выбора)*

\_\_\_\_\_;  
*(адрес электронной почты гражданина (его представителя), нужно подчеркнуть)*

б)  включить в мой индивидуальный лицевой счет сведения о периоде ухода за инвалидом I группы или за лицом, достигшим возраста 80 лет, в целях зачета в страховой стаж в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 12 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»;

в)  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)