

Форма

(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)