*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**Заявление о назначении ежемесячной компенсационной выплаты неработающему трудоспособному лицу, осуществляющему уход за нетрудоспособным гражданином**

1. ,

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

страховой номер индивидуального лицевого счета ,

принадлежность к гражданству ,

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства [[1]](#footnote-2)\*

,

адрес места пребывания [[2]](#footnote-3)\*\*

,

адрес места фактического проживания [[3]](#footnote-4)\*\*\*

,

номер телефона ,

адрес электронной почты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | | |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |
| Дата рождения |  | | |
| Место рождения |  | | |

Осуществляю с уход за нетрудоспособным гражданином

*(дата)*

,

*(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); |  | престарелым, нуждающимся по заключению медицинской организации в постоянном постороннем уходе; |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | престарелым, достигшим возраста 80 лет |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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”; |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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”; |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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-5)\*

,

адрес места пребывания [[5]](#footnote-6)\*\*

,

адрес фактического проживания [[6]](#footnote-7)\*\*\*

,

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, осуществляющим 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 прилагаю документы:

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

8. 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) |
|  |  |  |

1. \* Указывается полный адрес места жительства представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-2)
2. \*\* 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. [↑](#footnote-ref-3)
3. \*\*\* 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-4)
4. \* Указывается полный адрес места жительства представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-5)
5. \*\* 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. [↑](#footnote-ref-6)
6. \*\*\* 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-7)