Приложение № 6
к Административному регламенту предоставления Пенсионным фондом Российской Федерации государственной услуги по осуществлению ежемесячных выплат лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами или инвалидами с детства I группы

Форма

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ НЕПОЛУЧЕННЫХ НЕРАБОТАЮЩИМ ТРУДОСПОСОБНЫМ ЛИЦОМ СУММ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВЫПЛАТЫ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ИЛИ ИНВАЛИДА С ДЕТСТВА I ГРУППЫ

1. ,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) неработающего трудоспособного лица, осуществлявшего уход)*

страховой номер индивидуального лицевого счета ,

проживающий(ая) в Российской Федерации:

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

 ,

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

 ,

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

 ,

номер телефона

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

2. Представитель

 ,

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

адрес места жительства [[4]](#footnote-4)\*

 ,

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

 ,

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

 ,

номер телефона

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

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

3. Прошу выплатить начисленную сумму ежемесячной выплаты, оставшуюся неполученной в связи со смертью

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида
с детства I группы)*

Прошу доставить неполученную сумму ежемесячной выплаты через *(сделать отметку в соответствующем квадрате и заполнить соответствующую строку)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | организацию почтовой связи по адресу: |

 ,

*(адрес, по которому необходимо произвести выплату суммы ежемесячной выплаты)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | кредитную организацию |  |

*(полное наименование кредитной организации)*

на счет № ,

*(номер счета получателя)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | иную организацию, занимающуюся доставкой пенсии |  |

*(полное наименование иной организации)*

 ,

по адресу

*(адрес, по которому необходимо произвести выплату суммы ежемесячной выплаты)*

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) (нужное подчеркнуть)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| б) |  | осуществлять информирование о ходе предоставления государственной услуги путем передачи текстовых сообщений *(сделать отметку в соответствующем квадрате, указать нужное):* |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | на адрес электронной почты |
|  |  |  | , |
|  |  | *(адрес электронной почты гражданина (его представителя)(нужное подчеркнуть)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи |
|  |  |  | . |
|  |  | *(абонентский номер гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть)* |  |

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

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

1. \* Указывается полный адрес места жительства гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-1)
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-2)
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-3)
4. \* Указывается полный адрес места жительства представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-4)
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-5)
6. \*\*\* Заполняется, если адрес места фактического проживания представителя не совпадает с местом жительства или местом пребывания либо представитель не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания. [↑](#footnote-ref-6)