Приложение № 4
к Административному регламенту предоставления Пенсионным фондом Российской Федерации государственной услуги по осуществлению компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами

Форма

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

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

1.

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

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования № ,

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства

 ,

адрес места пребывания

 ,

адрес места фактического проживания

 ,

номер телефона

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

Продолжаю осуществлять уход за

 ,

*(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) нетрудоспособного гражданина, за которым осуществляется уход)*

с .

*(дата)*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | не работаю; |  | работаю; |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | не являюсь; |  | являюсь | получателем 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, войсках национальной гвардии Российской Федерации, 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 *(при наличии)*

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

адрес места жительства

 ,

адрес места пребывания

 ,

адрес фактического
проживания

 ,

номер телефона

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Срок действия документа *(при наличии)* |  |

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

3. Прошу:

а) возобновить осуществление ежемесячной компенсационной выплаты в соответствии
с Указом Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» в связи с осуществлением ухода за нетрудоспособным гражданином. Выплату производить к назначенной нетрудоспособному гражданину пенсии;

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».

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 организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме;

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 |
|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

6. 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)*

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

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