Приложение № 9
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)*

ИЗВЕЩЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, ВЛЕКУЩИХ ПРЕКРАЩЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВЫПЛАТЫ НЕРАБОТАЮЩЕМУ ТРУДОСПОСОБНОМУ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ИЛИ ИНВАЛИДОМ 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)\*\*\*

 ,

адрес места нахождения организации [[7]](#footnote-7)\*\*\*\* ,

номер телефона

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

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

3. Руководствуясь пунктом 12 Правил осуществления ежемесячных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет и инвалидами с детства I группы, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 2 мая 2013 г. № 397, сообщаю о

*(сделать отметку в соответствующем квадрате):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | прекращении ухода за |  | ; |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | назначении пенсии; |

|  |  |
| --- | --- |
|  | выполнении оплачиваемой работы; |

|  |  |
| --- | --- |
|  | истечении срока, на который ребенку-инвалиду в возрасте до 18 лет или инвалиду с |
| детства I группы была установлена категория «ребенок-инвалид» либо I группа инвалидности с детства; |

|  |  |
| --- | --- |
|  | достижении ребенком-инвалидом возраста 18 лет, если ему по достижении этого возраста |
| не установлена I группа инвалидности с детства; |

|  |  |
| --- | --- |
|  | помещении ребенка-инвалида или инвалида с детства I группы в организацию  |
| социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | другое |  |

с

*(дата)*

4. Прошу

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | а) |  | направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема территориальным |
| 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) (нужное подчеркнуть)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | б) |  | включить в индивидуальный лицевой счет застрахованного лица сведения о |
| периоде ухода за ребенком-инвалидом или инвалидом с детства I группы 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 |
|  |
|  |  |  | , |
|  |  | *(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 гражданин 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)
7. \*\*\*\* Заполняется при подаче заявления представителем – юридическим лицом. [↑](#footnote-ref-7)