*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах**

1.

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

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 |  | | |

2. Представитель (законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица, организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, доверенное лицо) *(при наличии) (нужное подчеркнуть)*

,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя; наименование организации, на которую  
возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, и фамилия, имя, отчество  
(при наличии) ее представителя)*

почтовый адрес представителя для направления информации территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации

,

адрес места нахождения организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя

,

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 |  | | | |

ПРОШУ:

3. скорректировать (уточнить, дополнить, произвести исправление) выданный по результатам предоставления государственной услуги документ, согласно следующим данным:

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. О решении, принятом по настоящему заявлению, прошу сообщить мне в письменном виде по вышеуказанному адресу;

Приложение:

1. ---------------------------------

2. -----------------------------------

3. -----------------------------------

 Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

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

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