Форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес места пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пол: | base_1_370630_32768 муж.; | base_1_370630_32769 жен.; |
| (сделать отметку в соответствующем квадрате) |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

2. Представитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес места пребывания [<\*>](#P1019) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес фактического проживания [<\*>](#P1019) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

юридический адрес организации [<\*>](#P1019) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место нахождения организации [<\*>](#P1019) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |
| --- | --- |
| 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 мне ежемесячную денежную выплату по категории

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (категория лица, имеющего право на ежемесячную денежную выплату)

в соответствии с Федеральным законом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, №, наименование соответствующего Федерального закона)

4. Регион прохождения военной службы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (место прохождения службы, в том числе для военнослужащих, уволенных с военной службы)

 Ведомство, по которому проходила военная служба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( наименование ведомства)

5. Данные о членах семьи Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации или полного кавалера ордена Славы (заполняются как Героями, так и членом семьи, обращающимся за ежемесячной денежной выплатой)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Число, месяц, год рождения | Степень родства |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

6. Сведения о документе, подтверждающем право гражданина на установление ежемесячной денежной выплаты:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование правоустанавливающего документа |  |
| Серия | Номер | Дата выдачи |
| Кем выдан |  |

7. Я предупрежден(а) о необходимости безотлагательно извещать

территориальный орган СФР об обстоятельствах, влияющих на изменение размера ежемесячной денежной выплаты, а также влекущих прекращение ее выплаты.

 В случае получения излишних сумм ежемесячной денежной выплаты в связи с несообщением о наступлении вышеуказанных обстоятельств обязуюсь возместить причиненный Пенсионному фонду Российской Федерации ущерб.

 Мне известно, что ежемесячная денежная выплата устанавливается при

условии отказа от льгот, предусмотренных:

 - статьями 2 - 8 Закона Российской Федерации от 15 января 1993 г.

 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской

 Федерации и полных кавалеров ордена Славы» <1> (далее - Закон

 Российской Федерации от 15 января 1993 г. № 4301-1) (за исключением

 льгот, предусмотренных пунктом 2 статьи 1.1 указанного Закона

 Российской Федерации) для Героев Советского Союза, Героев Российской

 Федерации и полных кавалеров ордена Славы;

 - пунктом 3 статьи 1.1 Закона Российской Федерации от 15 января 1993 г.

 № 4301-1 (за исключением льгот, предусмотренных пунктом 4 статьи 1.1

 указанного Закона Российской Федерации) для членов семьи умершего

 (погибшего) Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации

 и полного кавалера ордена Славы.

 - статьями 2 - 6 Федерального закона от 9 января 1997 г. № 5-ФЗ

 «О предоставлении социальных гарантий Героям Социалистического Труда, Героям Труда Российской Федерации и полным кавалерам ордена Трудовой Славы» (за исключением льгот, предусмотренных частью 2 статьи 1.1 указанного Федерального закона) для Героев Социалистического Труда, Героев Труда Российской Федерации и полных кавалеров ордена Трудовой Славы.

9. Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

11. О ходе и результатах рассмотрения данного заявления прошу

информировать:

  меня лично  моего представителя

 (сделать отметку в соответствующем квадрате)

  Через Единый портал государственных

 и муниципальных услуг

 (сделать отметку в соответствующем квадрате)

  Путем передачи текстовых сообщений:

 (сделать отметку в соответствующем квадрате)

 на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать адрес электронной почты)

  на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать абонентский номер)

12. Прошу доставить ежемесячную денежную выплату:

 мне лично, представителю;

 (сделать отметку в соответствующем квадрате)

 через организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование организации, осуществляющей доставку ежемесячной денежной выплаты)

 через кредитную организацию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

 на счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(номер счета получателя)

через иную организацию, осуществляющую доставку пенсии и иных

выплат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование организации, осуществляющей доставку ежемесячной денежной выплаты)

(сделать отметку в соответствующем квадрате и указать нужное)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Дата | Подпись заявителя |

 Расписка-уведомление

Заявление и документы

от гр.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | принял |
| Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|  |  |  |

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

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | принял |
| Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|  |  |  |

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

<1> ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 7, ст. 247, Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 23, ст. 2909.

<2> Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 7, ст. 247, Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 23, ст. 2909.

<3> Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 3, ст. 349; 2019, № 23, ст. 2909.

<4> Если гражданин сообщил контрольную информацию в заявлении, принятом ранее для предоставления иной государственной услуги, то в дальнейшем территориальный орган ПФР использует контрольную информацию, указанную в последнем поданном заявлении.

<\*> Не более 20 символов.