ОСФР по Воронежской области

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НЕТРУДОСПОСОБНОГО ГРАЖДАНИНА НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ЗА НИМ УХОДА НЕРАБОТАЮЩИМ ТРУДОСПОСОБНЫМ ЛИЦОМ**

1.

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

страховой номер индивидуального лицевого счета ,

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)* | |  | |

В настоящее время *(сделать отметку в соответствующем квадрате)*:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | не являюсь, |  | являюсь | получателем пенсии 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»; |
|  |  |  |  |

являюсь: *(сделать отметку в соответствующем квадрате)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | инвалидом I группы  (за исключением инвалида с детства I группы); |  | престарелым, нуждающимся по заключению медицинской организации в постоянном постороннем уходе; |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | престарелым, достигшим возраста 80 лет |
|  |

2. Представитель (законный представитель недееспособного (ограниченного в дееспособности) лица) *(при наличии)*

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

адрес места жительства

,

адрес места пребывания

,

адрес места фактического проживания

,

адрес места нахождения организации

,

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. Согласен на осуществление за мной ухода

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

4. Для сведения.

При прекращении осуществления ухода неработающим трудоспособным лицом, осуществлявшим уход за нетрудоспособным гражданином, нетрудоспособный гражданин (законный представитель) может подать соответствующее заявление в орган, осуществляющий ему выплату пенсии (подпункт «б» пункта 9 Правил осуществления ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы (за исключением инвалидов с детства I группы), а также за престарелым, нуждающимся по заключению лечебного учреждения в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июня 2007 г. № 343).

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