Приложение № 2  
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 ПРЕКРАЩЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ УХОДА НЕРАБОТАЮЩИМ ТРУДОСПОСОБНЫМ  
ЛИЦОМ ЗА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНИНОМ**

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 |  | | |
| Срок действия документа *(при наличии)* | |  | |

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

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

адрес места жительства

,

адрес места пребывания

,

адрес фактического  
проживания

,

номер телефона

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

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

3. Сообщаю о прекращении осуществления за мной ухода

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

с

*(дата)*

4. 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)*

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

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