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

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

# ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ

# ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ

# 1. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# Фамилия, которая была при рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(фамилия)*

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| принадлежность к гражданству: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  *(указывается гражданство)* |  |

проживающий(ая) в Российской Федерации:[[1]](#footnote-1)\*

|  |  |
| --- | --- |
| адрес места жительства | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| адрес места пребывания | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| адрес фактического проживания | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол: |  | муж.; |  | жен. | *(сделать отметку в соответствующем квадрате)* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места жительства[[2]](#footnote-2)\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| Адрес места пребывания[[3]](#footnote-3)\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| Адрес фактического проживания[[4]](#footnote-4)\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| Место нахождения организации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |

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

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

3. Место нахождения пенсионного дела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (при наличии пенсионного дела)

4. Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату

 по категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать категорию лица, имеющего право на ежемесячную денежную выплату)

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

(дата, №, наименование соответствующего Федерального закона)

Данные о составе семьи Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации и полного кавалера ордена Славы

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

|  |
| --- |
| Предъявлены правоподтверждающие документы: |
| Перечень |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

5. Я предупрежден(а) о необходимости безотлагательно извещать территориальный орган ПФР об обстоятельствах, влияющих на изменение размера ежемесячной денежной выплаты, а также влекущих прекращение ее выплаты.

 Мне известно, что ежемесячная денежная выплата устанавливается при условии отказа от льгот, предусмотренных:

* статьями 2 – 8 Закона Российской Федерации от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы» (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 15.01.1993 № 4301-1«О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы» (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 09.01.1997 № 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 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. \* В строке «адрес места жительства» указывается полный адрес места жительства гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк.

Строка «адрес места пребывания» заполняется, если гражданин имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства.

В строке «адрес места пребывания» указывается полный адрес места пребывания гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк.

Строка «адрес места фактического проживания» заполняется, если адрес места фактического проживания гражданина не совпадает с местом жительства или места пребывания, либо гражданин не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* В строке «адрес места жительства» указывается полный адрес места жительства гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк.

Строка «адрес места пребывания» заполняется, если гражданин имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства.

В строке «адрес места пребывания» указывается полный адрес места пребывания гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк.

Строка «адрес места фактического проживания» заполняется, если адрес места фактического проживания гражданина не совпадает с местом жительства или места пребывания, либо гражданин не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)