



Приложение № 1
к Административному регламенту предоставления
Пенсионным фондом Российской Федерации
государственной
услуги по осуществлению компенсационных выплат
неработающим трудоспособным лицам,
осуществляющим уход за нетрудоспособными
гражданами, утвержденному приказом Министерства
труда и социальной защиты Российской Федерации
от 13 апреля 2016 г. № 166н

Форма

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ
НЕРАБОТАЮЩЕМУ ТРУДОСПОСОБНОМУ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД
ЗА НЕТРУДОСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНИНОМ**

1. _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) неработающего трудоспособного лица, осуществляющего уход за
нетрудоспособным гражданином)

страховой номер индивидуального лицевого счета _____,

принадлежность к гражданству _____,

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства * _____,

адрес места пребывания ** _____,

адрес места фактического проживания *** _____,

номер телефона _____,

адрес электронной почты _____

Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	

* Указывается полный адрес места жительства представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк.

** Заполняется, если представитель имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства. Указывается полный адрес места пребывания представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк.

*** Заполняется, если адрес места фактического проживания представителя не совпадает с местом жительства или места пребывания, либо представитель не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания.



<https://lezhachi-bolnoi.ru/>

Кем выдан	
Дата рождения	
Место рождения	

Осуществляю с _____ уход за нетрудоспособным гражданином
(дата)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) нетрудоспособного гражданина,
за которым осуществляется уход)

являющимся (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

В настоящее время (сделать отметку в соответствующих квадратах):

не работаю; работаю;

не являюсь, являюсь

получателем ежемесячной компенсационной выплаты в связи с осуществлением ухода за указанным нетрудоспособным гражданином в органе, осуществляющем пенсионное обеспечение 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, и их семей";

не получаю, получаю

пособие по безработице в соответствии с Законом Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 "О занятости населения в Российской Федерации";
по очной форме в образовательном учреждении;

не обучаюсь, обучаюсь

не назначалась, назначалась

пенсия в соответствии с законодательством Российской Федерации.



<https://lezhachi-bolnoi.ru/>

2. Представитель

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
адрес места жительства * _____,
_____, _____,
адрес места пребывания ** _____,
_____, _____,
адрес фактического проживания *** _____,
_____, _____,
номер телефона _____,
адрес электронной почты _____

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 в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 г. № 1455 “О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами” ежемесячную компенсационную выплату в связи с осуществлением ухода за нетрудоспособным гражданином. Выплату производить к назначенной нетрудоспособному гражданину пенсии.

4. Я предупрежден:

а) о необходимости в течение пяти рабочих дней извещать территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации об обстоятельствах, влекущих за собой прекращение осуществления компенсационной выплаты:

о смерти нетрудоспособного гражданина или признании его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим;

о прекращении осуществления ухода за нетрудоспособным гражданином;

о назначении лицу, осуществляющему уход, пенсии независимо от ее вида и размера;

о назначении лицу, осуществляющему уход, пособия по безработице;

о выполнении нетрудоспособным гражданином либо лицом, осуществляющим уход, оплачиваемой работы;

о помещении нетрудоспособного гражданина в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания;

* Указывается полный адрес места жительства представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк.

** Заполняется, если представитель имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства. Указывается полный адрес места пребывания представителя, в случае его отсутствия ставится прочерк.

*** Заполняется, если адрес места фактического проживания представителя не совпадает с местом жительства или места пребывания, либо представитель не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания.



<https://lezhachi-bolnoi.ru/>

б) о необходимости безотлагательно извещать территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации об изменении места жительства лица, осуществляющего уход;

в) _____
(указывается иное)

5. К заявлению прилагаю документы:

№ п/п	Наименование документа

8. Достоверность сведений, указанных в заявлении, и ознакомление с положениями пункта 4 настоящего заявления подтверждаю.

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