



Приложение № 2
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 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	

* 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/>

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, 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)

_____ (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			

* 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/>

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

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)