

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПЕРЕРАСЧЕТЕ РАЗМЕРА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВЫПЛАТЫ НЕРАБОТАЮЩЕМУ
ТРУДОСПОСОБНОМУ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ
В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ИЛИ ИНВАЛИДОМ С ДЕТСТВА I ГРУППЫ**

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

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования № _____,

принадлежность к гражданству:

_____,
(указывается гражданство неработающего трудоспособного лица, осуществляющего уход)

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			

В настоящее время являюсь по отношению к ребенку-инвалиду в возрасте до 18 лет или инвалиду с детства I группы (сделать отметку в соответствующих квадратах):

родителем;

усыновителем;

опекуном;

попечителем

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

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

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

2. Представитель

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

адрес места жительства * _____

адрес места пребывания ** _____

адрес фактического
проживания *** _____

номер телефона _____

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

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

3. Прошу произвести перерасчет размера ежемесячной выплаты, установленной в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. № 175 “О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы” (далее – Указ Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. № 175) в отношении:

(указывается нужное: ребенка-инвалида, инвалида с детства I группы)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы,
за которым осуществляется уход)

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы № _____,

в связи с изменением категории лица, осуществляющего уход, по отношению к ребенку-инвалиду в возрасте до 18 лет или инвалиду с детства I группы.

4. Я предупрежден:

а) о необходимости в течение 5 рабочих дней извещать территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации об обстоятельствах, влекущих за собой прекращение осуществления ежемесячной выплаты:

* 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.

о смерти ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы или признании его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим;

о прекращении осуществления ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства I группы;

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

о назначении неработающему трудоспособному лицу, осуществляющему уход, пособия по безработице;

о выполнении неработающим трудоспособным лицом, осуществляющим уход, оплачиваемой работы;

о помещении ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания;

б) о необходимости в течение 5 рабочих дней извещать территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации об изменении по отношению к ребенку-инвалиду или инвалиду с детства I группы категории неработающего трудоспособного лица, осуществляющего уход, получающего ежемесячную выплату в соответствии с подпунктами "а" или "б" пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. № 175:

о лишении родителя, осуществляющего уход за ребенком-инвалидом, родительских прав;

об отмене усыновления ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы;

об освобождении либо отстранении опекуна или попечителя от исполнения своих обязанностей;

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

г) _____
(указывается иное)

5. К заявлению прилагаю документы:

№ п/п	Наименование документа

С положениями, указанными в пункте 4 настоящего заявления, ознакомлен(а).

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

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Принял	
		Подпись специалиста	Расшифровка подписи