

В ГУ — Мурманское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

прожив \_\_\_\_\_

дом тел. \_\_\_\_\_ моб. телефон \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить **ежемесячную выплату на постоянный бытовой уход**

\_\_\_\_\_

*(указывается чем)*

согласно Программы реабилитации пострадавшего от \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Являюсь инвалидом \_\_\_\_\_ группы с \_\_\_\_\_ связи с трудовым увечьем /профессиональным заболеванием / по другим основаниям, указанным в документе об инвалидности \_\_\_\_\_.

*(подчеркнуть или указать)*

Трудовое увечье /профессиональное заболевание получил /а/ во время работы в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(указывается наименование предприятия (организации), на котором получено трудовое увечье /профессиональное заболевание)*

В настоящее время не /или/ работаю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(указать наименование и нахождение работодателя)*

### Приложение:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_