
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПРЕКРАЩЕНИИ ВЫПЛАТЫ МЕР
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

1. _____

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

страховой номер индивидуального лицевого счета _____

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства¹ _____

номер телефона _____

адрес электронной почты _____

Данные документа, удостоверяющего личность получателя меры социальной поддержки:

наименование _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан, код подразделения _____

дата рождения _____

место рождения _____

срок действия документа (при наличии) _____

2. Представитель (законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица;
организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя;
доверенное лицо) (при наличии) (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

страховой номер индивидуального лицевого счета _____

адрес места жительства² _____

¹ Указывается адрес места жительства по месту регистрации или место жительства по месту пребывания. В случае отсутствия регистрации по месту жительства или по месту пребывания, указывается адрес фактического проживания.

² Указывается адрес места жительства по месту регистрации или место жительства по месту пребывания. В случае отсутствия регистрации по месту жительства или по месту пребывания, указывается адрес фактического проживания.

номер телефона _____

адрес электронной почты _____

Данные документа, удостоверяющего личность представителя получателя меры социальной поддержки:

наименование _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан, код подразделения _____

дата рождения _____

место рождения _____

срок действия документа *(при наличии)* _____

Данные документа, подтверждающего полномочия представителя получателя меры социальной поддержки:

наименование _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан, код подразделения *(при наличии)* _____

срок действия полномочий *(при наличии)* _____

3. Прошу прекратить выплату по мере социальной поддержки:

(наименование меры)

4. В связи с: _____

(указываются обстоятельства, влекущие прекращение выплаты пособия)

5. Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений, а также подлинность документов, в которых они содержатся. С положением об обязанности своевременного извещения о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение (изменение) выплат, ознакомлен.

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю своё согласие на сбор, обработку, в том числе автоматизированную, хранение и передачу третьим лицам в системе информационного обмена персональных данных, указанных в настоящем Заявлении.

(дата заполнения заявления)

(подпись заявителя (представителя))

(расшифровка подписи
(фамилия, инициалы))