Приложение № 5
к Административному регламенту предоставления Пенсионным фондом Российской Федерации государственной услуги по осуществлению компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами

Форма

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ НЕ ПОЛУЧЕННЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ НЕТРУДОСПОСОБНОГО ГРАЖДАНИНА СУММ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ**

1. ,

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

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования № ,

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 |  |
| Срок действия документа *(при наличии)* |  |

2. Представитель *(при наличии)*

 ,

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

адрес места жительства

 ,

адрес места пребывания

 ,

адрес фактического
проживания

 ,

номер телефона

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Срок действия документа *(при наличии)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  | Срок действия |  |
| Кем выдан |  |

3. Прошу выплатить начисленную сумму компенсационной выплаты, оставшуюся не полученной в связи со смертью

*(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) нетрудоспособного гражданина, за которым
осуществлялся уход)*

Прошу доставить неполученную сумму компенсационной выплаты через

*(нужное отметить и заполнить):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | организацию почтовой связи по адресу: |

 ;

*(адрес, по которому необходимо произвести выплату суммы компенсационной выплаты)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | кредитную организацию |  |

*(полное наименование кредитной организации)*

на счет № ;

*(номер счета получателя)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | иную организацию, занимающуюся доставкой пенсии |  |

*(полное наименование иной
организации)*

по адресу

*(адрес, по которому необходимо произвести выплату суммы компенсационной выплаты)*

4. Прошу *(сделать отметки в соответствующих квадратах при наличии такого выбора
гражданина):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| а) |  | направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации настоящего заявления и представленных мною документов, на адрес электронной почты |
|  |  |

 ,

*(адрес электронной почты гражданина (его представителя)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| б) |  | осуществлять информирование о ходе предоставления государственной услуги путем передачи текстовых сообщений*(сделать отметку в соответствующем квадрате, указать нужное):* |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | на адрес электронной почты гражданина (его представителя) |

 ,

*(адрес электронной почты)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи гражданина (его представителя) |
|  |

 .

*(абонентский номер)*

5. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.

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