*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ НЕРАБОТАЮЩИМ ТРУДОСПОСОБНЫМ ЛИЦОМ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ИЛИ ИНВАЛИДОМ С ДЕТСТВА I ГРУППЫ**

1.

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет*

*или инвалида с детства I группы)*

страховой номер индивидуального лицевого счета ,

принадлежность к гражданству ,

 *(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , *(заполняется по данным документа, удостоверяющего личность)*

адрес места пребывания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

*(заполняется при наличии документа о регистрации по месту пребывания)*

адрес места фактического проживания

 ,

*(заполняется в случае, если место регистрации отлично от места фактического проживания)*

номер телефона ,

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

Являюсь *(сделать отметку в соответствующем квадрате)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ребенок-инвалид в возрасте до 18 лет; |  | Инвалид с детства I группы; |
|  |

2. Представитель ***(раздел заполняется в случае обращения гражданина, наделенного полномочиями представлять интересы заявителя)***

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

адрес места жительства

 ,

адрес места пребывания

 ,

адрес фактического проживания

 ,

номер телефона ,

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

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

3. Согласен на осуществление за мной ухода

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) неработающего трудоспособного лица, осуществляющего уход)

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