|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| *(наименование филиала ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ И ВЫПЛАТЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДОПЛАТЫ К ПЕНСИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **прошу назначить региональную социальную доплату к пенсии.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Гражданство: | | |  | | | | | Страховое свидетельство обязательного пенсионого страхования: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт: серия № , выдан | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Зарегистрирован по адресу: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Проживаю по адресу: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Телефон: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подтверждаю, что не работаю и (или) не осуществляю иную деятельность, в период осуществления которой я подлежу обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Федеральным законом от 15 декабря 2001 года № 167-ФЗ "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации". | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | | | | | | | | |
| Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение: | | | |  | | | Пенсионный фонд | | | | | | | |  | МВД России | | | | |  | | ФСИН РФ | | | | |  | | ФТС РФ | | | | | |  | | ФСО России | | | | | |
|  | | | Минобороны РФ | | | | | | | |  | ФСБ РФ | | | | |  | | Минюст РФ | | | | |  | | СВР России | | | | | |  | | ФСКН РФ | | | | | |
| Данные представителя заявителя: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии); адрес места проживания; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| К заявлению прилагаются: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Наименование документа** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Количество** | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность заявителя (представителя заявителя). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Документ, подтверждающий полномочия представителя. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Трудовая книжка или иной документ, подтверждающий прекращение трудовой деятельности | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Прочие документы. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Региональную социальную доплату прошу перечислять по месту получения пенсии: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кредитные организации (банк) 8600 , лицевой счет: 42307810174004662555 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | отделение связи | | |  | |  | | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_, номер лицевого счета | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |
| Обязуюсь безотлагательно извещать Уполномоченный орган о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, в период осуществления которой я подлежу обязательному пенсионному страхованию, и наступлении других обстоятельств, влекущих изменение размера региональной социальной доплаты к пенсии или прекращение ее выплаты. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | | | | | | | | |
| **Подтверждаю, что: - С порядком и сроками предоставления ежемесячной доплаты к пенсии я ознакомлен (а); - За достоверность сообщаемых мной сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством; - Предупрежден (а), что в случае представления заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно путем умолчания о фактах, влекущих прекращение социальных выплат, предусмотрено наказание, на основании УК РФ, ст. 159.2 (штраф, исправительные работы, ограничение свободы до 2-х лет);**  **В случае трудоустройства на работу обязуюсь безотлагательно сообщить об этом.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заявитель (представитель заявителя): Специалист:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| « » 20 г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | « » 20 г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Расписка о приеме документов получена лично Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | « » 20 г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |