|  |  |
| --- | --- |
|  **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. |