наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

Фамилия, которая была при рождении *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия)*

Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования №

принадлежность к гражданству Гражданин Российской Федерации

(указывается гражданство)

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства

адрес места пребывания

адрес места фактического проживания

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | | |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |
| Дата рождения |  | | |
| Место рождения |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол: |  | муж, |  | жен; | *(сделать отметку в соответствующем квадрате)* |

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

*(Фамилия Имя Отчество)*

*(полный адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания (нужное указать), телефон)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя |  | | |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |

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

3. Место нахождения пенсионного дела, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(при наличии пенсионного дела)***

4. Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату:

по категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать категорию лица, имеющего право на ежемесячную денежную выплату)*

Данные о составе семьи Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации и полного кавалера ордена Славы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Число, месяц, год рождения | Степень родства |

Предъявлены правоподтверждающие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**5. Я предупрежден(а) о необходимости безотлагательно извещать территориальный орган ПФР об обстоятельствах, влияющих на изменение размера ежемесячной денежной выплаты, а также влекущих прекращение ее выплаты.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Дата | Подпись заявителя |