

\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ПРЕКРАЩЕНИИ ВЫПЛАТЫ МЕР  
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

1. \_\_\_\_\_

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

страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность получателя меры социальной поддержки:

наименование \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан, код подразделения \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

место рождения \_\_\_\_\_

срок действия документа (при наличии) \_\_\_\_\_

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

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

страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_

адрес места жительства<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Указывается адрес места жительства по месту регистрации или место жительства по месту пребывания. В случае отсутствия регистрации по месту жительства или по месту пребывания, указывается адрес фактического проживания.

<sup>2</sup> Указывается адрес места жительства по месту регистрации или место жительства по месту пребывания. В случае отсутствия регистрации по месту жительства или по месту пребывания, указывается адрес фактического проживания.

номер телефона \_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность представителя получателя меры социальной поддержки:

наименование \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан, код подразделения \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

место рождения \_\_\_\_\_

срок действия документа *(при наличии)* \_\_\_\_\_

Данные документа, подтверждающего полномочия представителя получателя меры социальной поддержки:

наименование \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан, код подразделения *(при наличии)* \_\_\_\_\_

срок действия полномочий *(при наличии)* \_\_\_\_\_

3. Прошу прекратить выплату по мере социальной поддержки:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(наименование меры)*

4. В связи с: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(указываются обстоятельства, влекущие прекращение выплаты пособия)*

5. Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений, а также подлинность документов, в которых они содержатся. С положением об обязанности своевременного извещения о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение (изменение) выплат, ознакомлен.

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю своё согласие на сбор, обработку, в том числе автоматизированную, хранение и передачу третьим лицам в системе информационного обмена персональных данных, указанных в настоящем Заявлении.

\_\_\_\_\_ *(дата заполнения заявления)*

\_\_\_\_\_ *(подпись заявителя (представителя))*

\_\_\_\_\_ *(расшифровка подписи (фамилия, инициалы))*

