Управление по труду, занятости и социальной защите Гомельского райисполкома

(наименование управления (отдела) по труду, занятости и социальной защите городского,   
районного исполнительного комитета, управления (отдела) социальной защиты   
местной администрации района в городе)

Заявление  
о назначении (возобновлении выплаты) пособия по уходу  
за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста

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

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения | Адрес места жительства(места пребывания), № телефона | Вид документа, удостоверяющего личность(номер, серия), иден-й № | Дата выдачи, наименование органа |
|  |  |  |  |

2. Прошу назначить пособие по уходу (возобновить выплату пособия) в связи с осуществлением постоянного ухода за инвалидом I группы, лицом, достигшим 80-летнего возраста *(нужное подчеркнуть)*,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, собственное имя, отчество нетрудоспособного гражданина, дата рождения,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства (места пребывания), вид пенсии)

3. Сообщаю сведения о том, что:

не получаю пенсию, пособие по безработице, ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе;

не обучаюсь в учебном заведении дневной формы получения образования;

не работаю по трудовому договору и (или) гражданско-правовому договору, а также на основе членства (участия) в юридическом лице;

не являюсь индивидуальным предпринимателем

**ВХ.№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(линия отреза)

**Расписка-уведомление**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление № и другие документы | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя) | | |  |  |
|  |  | | |  | , |
| Принял | | |
| дата | | подпись работника, принявшего документы |
|  | |  |

(линия отреза)

4. Сообщаю сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| О лицах, которые могут подтвердить факт осуществления постоянного ухода (адрес места жительства) |  |  |
|  |  |

о причинах неполучения пособия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывают для возобновления выплаты пособия)

5. Я предупрежден(а):

о необходимости сообщить в течение пяти дней органу по труду, занятости и социальной защите о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия по уходу, в том числе о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, указанной в пункте 3 настоящего заявления;

о взыскании сумм пособия по уходу, излишне выплаченных вследствие злоупотребления лица, получающего пособие, в судебном порядке;

о проведении обследования осуществления постоянного ухода за нетрудоспособным гражданином по месту его жительства (месту пребывания).

6. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю, с положениями, содержащимися в пункте 5 настоящего заявления, ознакомлен(а).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата заполнения заявления) |  | (подпись заявителя, фамилия, инициалы) |

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень представленных документов | Возвращено заявителю |
| 1. Заявление |  |
| 2. Документ, удостоверяющий личность |  |
| 3. Трудовая книжка |  |
| 4. Медицинская справка о состоянии здоровья |  |
| 5. Заключение врачебно-консультационной комиссии |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дополнительно представлены | Дата поступления | Подпись работника, принявшего документы |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Управление по труду, занятости и социальной защите Гомельского райисполкома

(наименование управления (отдела) по труду, занятости и социальной защите городского,   
районного исполнительного комитета, управления (отдела) социальной защиты   
местной администрации района в городе)

Заявление  
о назначении (возобновлении выплаты) пособия по уходу  
за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста

1. \_**Ивановой Елены Ивановны**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения | Адрес места жительства(места пребывания), № телефона | Вид документа, удостоверяющего личность(номер, серия), иден-й № | Дата выдачи, наименование органа |
| **12.05.1985** | **п. Ченки,**  **ул. Лесная, 15**  **+375 44 123 45 12** | **Паспорт *или* (ID-карта)**  **НВ 1236547**  **4210878Н007РВ5** | **01.02.2020**  **Гомельским РОВД** |

2. Прошу назначить пособие по уходу (возобновить выплату пособия) в связи с осуществлением постоянного ухода **за инвалидом I группы**, лицом, достигшим 80-летнего возраста *(нужное подчеркнуть)*,

\_\_**Петровым Петром Ивановичем, 15.12.1936 г.р.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, собственное имя, отчество нетрудоспособного гражданина, дата рождения,

\_\_**аг Еремино, ул Новая, 15 96-52-32**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства (места пребывания), вид пенсии)

3. Сообщаю сведения о том, что:

не получаю пенсию, пособие по безработице, ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе; **подпись**

не обучаюсь в учебном заведении дневной формы получения образования; **подпись**

не работаю по трудовому договору и (или) гражданско-правовому договору, а также на основе членства (участия) в юридическом лице; **подпись**

не являюсь индивидуальным предпринимателем **подпись**

**ВХ.№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(линия отреза)

**Расписка-уведомление**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление № и другие документы | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя) | | |  |  |
|  |  | | |  | , |
| Принял | | |
| дата | | подпись работника, принявшего документы |
|  | |  |

(линия отреза)

4. Сообщаю сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| О лицах, которые могут подтвердить факт осуществления постоянного ухода (адрес места жительства) | **Бондарева София Ивановна** | **аг.Еремно, ул. Новая, 16** |
| **Петров Иван Васильевич** | **аг. Еремино, ул. Новая, 10** |

о причинах неполучения пособия \_\_**нахождение в больнице**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывают для возобновления выплаты пособия)

5. Я предупрежден(а):

о необходимости сообщить в течение пяти дней органу по труду, занятости и социальной защите о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия по уходу, в том числе о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, указанной в пункте 3 настоящего заявления;

о взыскании сумм пособия по уходу, излишне выплаченных вследствие злоупотребления лица, получающего пособие, в судебном порядке;

о проведении обследования осуществления постоянного ухода за нетрудоспособным гражданином по месту его жительства (месту пребывания).

6. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю, с положениями, содержащимися в пункте 5 настоящего заявления, ознакомлен(а).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_**12** \_\_\_**07**\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_**24** г. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата заполнения заявления) |  | (подпись заявителя, фамилия, инициалы) |

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень представленных документов | Возвращено заявителю |
| 1. Заявление |  |
| 2. Документ, удостоверяющий личность |  |
| 3. Трудовая книжка |  |
| 4. Медицинская справка о состоянии здоровья |  |
| 5. Заключение врачебно-консультационной комиссии |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дополнительно представлены | Дата поступления | Подпись работника, принявшего документы |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |