Приложение 1

к Положению о порядке назначения и

выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы

либо лицом, достигшим 80-летнего возраста

(в редакции постановления Совета Министров

Республики Беларусь)

Форма

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

(наименование комиссии по назначению пенсий городского, районного исполнительного комитета, местной администрации района в городе)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом,

достигшим 80-летнего возраста

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова Анна Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.01.1978 г.р. прож: г.Хойники , ул.Гагарина, д.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осуществляющего уход, дата его рождения, адрес места жительства (места пребывания),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4140178Н000РВ6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный номер телефона, идентификационный номер,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_НВ 2358256, 01.07.2018г. Хойникским РОВД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а при его отсутствии – вид документа, удостоверяющего, личность, номер, серия (при наличии), дата выдачи,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

наименование (код) органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)

прошу назначить мне пособие по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, \_\_\_\_\_ Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.01.1935 г.р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданина, нуждающегося в постоянном уходе, дата его рождения,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Хойники, ул. Гагарина, д.1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства (места пребывания),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

вид государственной пенсии, в том числе в соответствии с международными договорами Республики Беларусь в области социального (пенсионного) обеспечения)

являюсь/не являюсь (нужное подчеркнуть) матерью, отцом, сыном, дочерью, супругом или супругой, опекуном (попечителем) гражданина, нуждающегося в постоянном уходе, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при положительном ответе указываетсястепень родства (состояние в брачных отношениях) заявителя с гражданином,

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

нуждающимся в постоянном уходе, либо исполнение обязанностей опекуна (попечителя), наименование документа,

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

подтверждающего факт родства (брачные отношения), дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ

Сообщаю сведения о том, что я:

не работаю по трудовому договору/работаю по трудовому договору на условиях неполного рабочего времени/нахожусь в социальном отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место работы (заполняется в случае, если лицо, осуществляющее уход, работает на условиях неполного рабочего времени либо получает пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет по месту работы)

не выполняю работы по гражданско-правовым договорам, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг и создание объектов интеллектуальной собственности;

не являюсь индивидуальным предпринимателем, нотариусом, адвокатом/являюсь индивидуальным предпринимателем, нотариусом, адвокатом, деятельность (полномочия) которого приостановлена (нужное подчеркнуть);

не являюсь собственником имущества (учредителем, участником) юридического лица, выполняющим функции руководителя этого юридического лица;

не прохожу военную или альтернативную службу, а также службу в органах внутренних дел, Следственном комитете, Государственном комитете судебных экспертиз, органах финансовых расследований Комитета государственного контроля, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям/нахожусь в социальном отпуске по уходу за детьми по месту военной службы (службы) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место военной службы (службы) (заполняется в случае, если лицо, осуществляющее уход, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получает пособие по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет по месту военной службы (службы)

не обучаюсь в дневной форме получения образования в учреждениях образования, организациях, реализующих образовательные программы послевузовского образования, иных организациях, у индивидуальных предпринимателей, которым в соответствии с [законодательством](consultantplus://offline/ref=0C0F3D6C4D80B1FC8280DE68DBBCAB95F863D7F35AEC58AB3C146A70547EE85A14CAEB3F2CDD30B6BE9FF8167E505412E74C848EC41D510A3C8C16317BV8z8H) предоставлено право осуществлять образовательную деятельность/нахожусь в академическом отпуске по месту учебы (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(место учебы (заполняется в случае, если лицо, осуществляющее уход, находится в академическом отпуске по месту учебы)

не прохожу подготовку в клинической ординатуре в очнойформе;

не зарегистрирован(а) в качестве безработного;

не получаю государственную пенсию, в том числе в соответствии с международными договорами Республики Беларусь в области социального (пенсионного) обеспечения;

не получаю ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

не получаю ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе;

не имею непогашенную (неснятую) судимость за умышленные менее тяжкие преступления, предусмотренные в главах 19 – 22 и 24 Уголовного кодекса Республики Беларусь, а также за тяжкие или особо тяжкие преступления.

Сообщаю сведения о лицах, которые могут подтвердить факт осуществления мной постоянного ухода: \_\_Иванченко Петр Адамович, ул. Гагарина, д. 2, тел. 152535; Нефедов Максим\_

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

Федорович, ул. Гагарина, д 2А, тел. 132639; Мартинович Максим Олегович, ул. Гагарина 4, тел. 986533\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон)

Сообщаю сведения о причинах неполучения пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(заполняется в случае подачи заявления о возобновлении выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста)

Я предупрежден(а):

о необходимости информировать в течение трех рабочих дней комиссию и (или) орган, выплачивающий пособие по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, о наступлении обстоятельств, влекущих приостановление, прекращение выплаты данного пособия;

об обстоятельствах, влекущих приостановление, прекращение выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста;

о взыскании сумм пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, излишне выплаченных вследствие представления мной документов и (или) сведений, не соответствующих требованиям законодательства, в том числе подложных, поддельных или недействительных документов, сокрытия (непредставления, несообщения, в том числе несвоевременного) обстоятельств, влекущих приостановление, прекращение выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста;

о проведении обследований для подтверждения осуществления постоянного ухода за гражданином, нуждающимся в постоянном уходе, по месту его жительства (месту пребывания).

Мне известно, что периоды ухода не включаются в страховой стаж (стаж работы с уплатой обязательных страховых взносов), необходимый для назначения трудовой пенсии.

В случае, если в период осуществления ухода я буду работать на условиях неполного рабочего времени, для исчисления пенсии в таких периодах будет учитываться работа с уплатой взносов. При этом, если фактическая заработная плата будет ниже минимальной заработной платы, периоды работы будут засчитаны в страховой стаж с применением поправочного коэффициента (часть первая статьи 51 Закона Республики Беларусь от 17 апреля 1992 г. № 1596-XII ”О пенсионном обеспечении“).

При осуществлении ухода без совмещения с работой периоды ухода включаются в общий (нестраховой) стаж по их фактической продолжительности, влияющий на размер пенсии.

С порядком и условиями назначения и выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, ознакомлен(а).

Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.

С настоящим заявлением мной представлены документы:

| Наименование документа | Наличие документа  (да, нет) | Подпись заявителя о возврате документа |
| --- | --- | --- |
| Заявление |  | Х |
| Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность |  |  |
| Трудовая книжка |  |  |
| Медицинская справка о состоянии здоровья, подтверждающая отсутствие психиатрического и наркологического учета |  | Х |
| Заключение врачебно-консульта­цион­ной комиссии о нуждаемости лица, достигшего 80-летнего возраста, в постоянном уходе |  | Х |
| Иные документы | | |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заполнения заявления) (подпись лица, (инициалы, фамилия)

осуществляющего уход)

Дата регистрации заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы принял

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

(должность служащего, (подпись) (инициалы, фамилия)   
 принявшего документы)