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

28.06.2024 N 460)

(в ред. постановления Совмина от 24.03.2025 N 168)

Форма

**Комиссия по назначению пенсий Быховского районного исполнительного комитета**

(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 Татьяна Петровна**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_**12.12.1986 года рождения, г. Быхов ул. Кретова д.15**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_+**375(29)5684518, 4121286М017РВ8**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пребывания), контактный номер телефона, идентификационный номер,

\_\_\_**паспорт,КВ2805640**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а при его отсутствии - вид документа, удостоверяющего

\_\_\_**31.07.2024, Быховским РОВД, Могилевской области**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, \_**Ивановой Марией Григорьевной, 15.10.1956 года рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_ **г. Быхов ул. Кретова д.15**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нуждающегося в постоянном уходе,

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

дата его рождения, 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,

\_\_\_\_\_**дочерью**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при положительном ответе указывается степень 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)

\_\_\_\_\_**не работаю**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(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

научно-ориентированного образования, иных организациях, у индивидуальных

предпринимателей, которым в соответствии с законодательством 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 очной форме;

не зарегистрирован(а) безработным;

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:

\_\_**Килессо Ирина Александровна, г. Быхов ул. Кретова д.13**\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_**Савченко Петр Петрович,** **г. Быхов ул. Кретова д.14**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. N 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 | да | Х |
| Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность | да |  |
| Трудовая книжка |  |  |
| Медицинская справка о состоянии здоровья, подтверждающая отсутствие психиатрического и наркологического учета | да | Х |
| Заключение врачебно-консультационной комиссии о нуждаемости лица, достигшего 80-летнего возраста, в постоянном уходе | да | Х |
| Иные документы | | |
| Свидетедьство о рождении | да |  |
| Свидетельство о браке | да |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)