|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  к Инструкции о порядке обращения  за пенсией и организации работы  и ведения делопроизводства  по назначению и выплате пенсий |

Форма

Управление по труду, занятости и социальной защите Быховского 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 ПЕНСИИ (ПЕРЕРАСЧЕТЕ НАЗНАЧЕННОЙ ПЕНСИИ, ПЕРЕВОДЕ С ОДНОЙ ПЕНСИИ НА ДРУГУЮ, ВОЗОБНОВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ РАНЕЕ НАЗНАЧЕННОЙ ПЕНСИИ)

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

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, обратившегося за пенсией)

страховое свидетельство № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принадлежность к гражданству \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес места фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | | |
| Серия (при наличии), номер |  | Дата выдачи |  |
| Идентификационный номер |  | | |
| Дата рождения |  | | |
| Наименование или код государственного органа, выдавшего документ |  | | |
| Срок действия (дата окончания срока действия) документа |  | | |

пол (указать: муж./жен.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Представитель (законный представитель (родитель, усыновитель, удочеритель либо опекун, попечитель) несовершеннолетнего или недееспособного лица, организация, на руководителя которой возложено исполнение обязанностей опекуна, попечителя, доверенное лицо) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя,

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

отчество (если таковое имеется) представителя, наименование организации-представителя)

адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес места нахождения организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | | |
| Серия (при наличии), номер |  | Дата выдачи |  |
| Идентификационный номер |  | | |
| Дата рождения |  | | |
| Наименование или код государственного органа, выдавшего документ |  | | |
| Срок действия (дата окончания срока действия) документа |  | | |

3. Прошу (сделать отметку в соответствующей строке):

• назначить пенсию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(вид пенсии)

• перерассчитать назначенную пенсию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(вид пенсии и основания для перерасчета)

• произвести перевод с одной пенсии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид назначенной пенсии)

на другую пенсию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(вид пенсии, на который осуществляется перевод)

• возобновить выплату ранее назначенной пенсии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(вид пенсии)

Причитающуюся мне пенсию выплачивать:

1. □ через объект почтовой связи (заполняется при наличии права на использование данного способа выплаты пенсии);

2. □ через объект почтовой связи с доставкой на дом (заполняется при наличии права на выплату пенсии через объект почтовой связи);

3. □ через банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование банка, подразделение банка, номер счета)

4. □ через объект почтовой связи с оплатой оказываемой услуги за счет собственных средств.

4. Сообщаю (сделать отметку в соответствующих квадратах, заполнить нужные пункты):

4.1. проходил военную службу (службу) за пределами Республики Беларусь (БССР) в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указать государство)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.2. |  | работаю, |  | не работаю |

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

(по трудовому и (или) гражданско-правовому договору, на основе членства (участия)

в юридическом лице, являюсь индивидуальным предпринимателем и т.п.)

4.3. состою (не состою) на военной службе (службе) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4.4. обучаюсь (не обучаюсь) в дневной форме получения образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4.5. на моем иждивении находятся нетрудоспособные члены семьи (для пенсии по случаю потери кормильца) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать количество иждивенцев, фамилию, собственное имя, отчество

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

(если таковое имеется) и дату рождения каждого иждивенца; в случае отсутствия – словом «нет»)

4.6. имею государственные награды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4.7. пенсию от иностранного государства:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | получаю, |  | не получаю; |

4.8. пенсию от другого государственного органа Республики Беларусь:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | получаю, |  | не получаю; |

4.9. ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | получаю, |  | не получаю; |

4.10. ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | получаю, |  | не получаю. |

5. Сведения о детях: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать даты рождения детей)

6. Я предупрежден(а) о необходимости безотлагательно извещать орган, осуществляющий пенсионное обеспечение:

6.1. о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, в период осуществления которой лицо подлежит обязательному государственному социальному страхованию, о наступлении других обстоятельств, влекущих изменение размера пенсии или прекращение ее выплаты (об увольнении, о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, прекращении предпринимательской деятельности, об окончании или прекращении обучения в дневной форме получения образования, о предоставлении государственного обеспечения, об установлении опеки и попечительства и т.п.), а также об изменении места жительства в пределах Республики Беларусь, изменении данных документа, удостоверяющего личность;

6.2. о выезде на постоянное жительство за пределы территории Республики Беларусь и (или) снятии с регистрационного учета по месту жительства;

6.3. о получении разрешения на постоянное проживание за пределами Республики Беларусь, выданного в установленном порядке в государстве постоянного проживания.

7. К заявлению прилагаю документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Перечень представленных документов | | Возвращены заявителю (дата, подпись) |
| 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Дополнительно представлены | Подпись работника | Дата представления  и подпись заявителя |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8. Подтверждаю:

8.1. достоверность сведений, указанных в заявлении, и ознакомление с положениями пункта 6 настоящего заявления;

8.2. получение расписки-уведомления и разъяснения о том, какие документы необходимо представить дополнительно и в какой срок.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись заявителя (представителя) | (инициалы, фамилия) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Принял | |
| Подпись работника | Расшифровка подписи |
|  |  |  | |