***ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ***

**Административная процедура 2.38Принятие решения о назначении пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигнувшим 80-летнего возраста**

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 15.06.2017 № 457)

Форма

\_\_\_\_\_\_\_**Управление социальной защиты администрации Ленинского района г.Бобруйска**\_\_\_

(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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова Анна Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

дата рождения, адрес места жительства (места пребывания),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.333366\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт, КН ХХХХХХХ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вид документа, удостоверяющего личность, номер, серия (при наличии),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4010178ХХХХРВХ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.07.2018 Октябрьским РОВД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи, наименование органа,выдавшего документ)

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),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова Светлана Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.01.1935 г.р., прож.: г. Бобруйск, ул. Ленина, д.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения, адрес места жительства (места пребывания),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по инвалидности

(вид пенсии)

3. Сообщаю сведения о том, что:

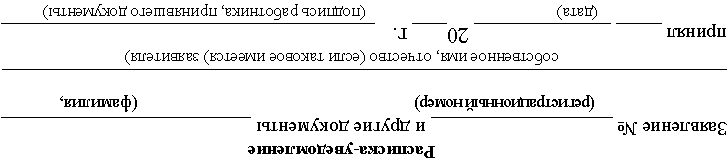
не получаю пенсию, пособие по безработице, ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе;

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 осуществляю предпринимательскую деятельность.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



4. Сообщаю сведения:

## о лицах, которые могут подтвердить факт осуществления постоянного ухода, Петрова Светлана Петровна, г. Бобруйск, ул. Ленина, д. 2

Иванова Анна Сергеевна, г.Бобруйск, ул. Ленина , д. 3

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), адрес места жительства (места пребывания)

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

(указываются 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).

21 января 2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванова А.И.

(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. |  |  |

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 15.06.2017 № 457)

Форма

**Управление социальной защиты администрации \_\_ \_\_\_\_ района г. Бобруйска**

(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),

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

номер телефона,

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

вид документа, удостоверяющего личность, номер, серия (при наличии),

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

идентификационный номер (при наличии),

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

дата выдачи, наименование органа,

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

выдавшего документ)

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 (если таковое имеется) нетрудоспособного гражданина

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

дата рождения, адрес места жительства (места пребывания),

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

вид пенсии)

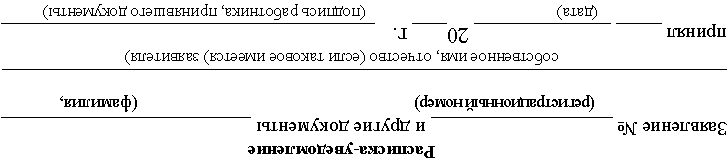
3. Сообщаю сведения о том, что:

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 осуществляю предпринимательскую деятельность.



4. Сообщаю сведения:

## о лицах, которые могут подтвердить факт осуществления постоянного ухода, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

адрес места жительства (места пребывания)

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

(указываются 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. |  |  |

