

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

**Комиссия по назначению пенсий управления по труду, занятости и
социальной защите Барановичского горисполкома**

(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, КЛУБНИЧКИН АЛЕКСАНДР ЛЕОНИДОВИЧ

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

06.04.1982 ГОДА РОЖДЕНИЯ, Г. БАРАНОВИЧИ, УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 34, КВ.68

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

ТЕЛ.80293300654, 3060482С090РВ2

контактный номер телефона, идентификационный номер,

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, _____

(фамилия,

ИВАНОВОЙ ТАМАРОЙ НИКОЛАЕВНОЙ

собственное имя, отчество (если таковое имеется)

29.03.1930 ГОДА РОЖДЕНИЯ

гражданина, нуждающегося в постоянном уходе, дата его рождения,

Г. БАРАНОВИЧИ, УЛ СТЕПНАЯ, Д.139

адрес места жительства (места пребывания),

ПЕНСИЯ 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 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)

_____;
(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 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) 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:

Иванов Сергей Викторович, г.Барановичи, ул. Степная, д.139,
+375 29 700 8135

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

Клосова Дина Михайловна, г. Барановичи, ул. Степная, д.201.
адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон)
+375 25 800 80 80

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-ХІІ ”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		X
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность		
Трудовая книжка		
Медицинская справка о состоянии здоровья, подтверждающая отсутствие психиатрического и наркологического учета		X
Заключение врачебно-консультационной комиссии о нуждаемости лица, достигшего 80-летнего возраста, в постоянном уходе		X
Иные документы		

_____ 20 ____ г. _____
(дата заполнения заявления) (подпись лица, осуществляющего уход) (инициалы, фамилия)

Дата регистрации заявления _____
Регистрационный номер _____

Документы принял _____
(должность служащего, принявшего документы) (подпись) (инициалы, фамилия)