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

*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О КОМПЕНСАЦИИ В ВИДЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОЕЗДНЫХ ДОКУМЕНТОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПРОЕЗД К МЕСТУ ОТДЫХА И ОБРАТНО**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

страховой номер индивидуального лицевого счета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

проживающий(ая) в Российской Федерации:

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

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

адрес места пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | | |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |
| Дата рождения |  | | |

2. Представитель (законный представитель недееспособного лица, организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, доверенное лицо) (нужное подчеркнуть)[[1]](#footnote-1)

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя; наименование организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя и фамилия, имя, отчество (при наличии) ее представителя)*

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

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

адрес места пребывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя |  | | |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя |  | | |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |
| Срок действия полномочий |  | | |

В соответствии с Законом Российской Федерации от 19 февраля 1993 г. № 4520-1  
«О государственных гарантиях и компенсациях для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях» прошу предоставить мне специальные талоны (направления) на получение проездных документов, обеспечивающих проезд к месту отдыха на территории Российской Федерации и обратно.

Место отдыха \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование субъекта Российской Федерации, района, города, поселка, иного населенного пункта)*

|  |  |
| --- | --- |
| Маршрут следования к месту отдыха и обратно | Виды транспорта |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

К заявлению прилагаю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(документ (копия документа), подтверждающий предстоящее пребывание пенсионера в санатории, профилактории, доме отдыха, на туристической базе или в другом избранном им для отдыха месте)*

Настоящим подтверждаю, что на дату подачи заявления не работаю по трудовому договору или по договору гражданско-правового характера, предметом которого являются выполнение работ и оказание услуг, не осуществляю иную деятельность, в период которой лицо подлежит обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Федеральным законом от 15 декабря 2001 г. № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации». Об ответственности за недостоверность вышеуказанных сведений предупрежден (предупреждена).

Прошу осуществлять информирование о ходе предоставления государственной услуги путем передачи текстовых сообщений (сделать отметку в соответствующем квадрате, указать нужное):

на адрес электронной почты

*(адрес электронной почты гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть)*

на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи

*(абонентский номер гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть)*

Для идентификации личности заявителя при обращении в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации посредством телефонной связи за имеющейся в распоряжении территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации информацией, относящейся к его персональным данным, использовать контрольную информацию *(заполняется один из предложенных вариантов в случае намерения заявителя получать указанную информацию посредством телефонной связи)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | вариант 1: ответ на секретный вопрос [[2]](#footnote-2)\* *(сделать отметку в нужном квадрате при выборе указанного варианта)*: |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | девичья фамилия матери, |  | любимое блюдо, |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | кличка домашнего питомца, |  | Ваш любимый писатель, |

|  |  |
| --- | --- |
|  | номер школы, которую Вы закончили, |

,

*(указать ответ на секретный вопрос)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | вариант 2: секретный код \* |  | . |

*(указать код, состоящий из букв и (или) цифр)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Данные о заявителе соответствуют документу, удостоверяющему личность | | Подпись  работника  территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Регистрационный номер  заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата приема заявления и документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(число, месяц, год)* | Расшифровка  подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

**Расписка-уведомление**

Приняты заявление и документы от гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата приема заявления и документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(число, месяц, год)* | Подпись  работника  территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Расшифровка  подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Заполняется в случае подачи заявления законным или уполномоченным представителем заявителя. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Не более 20 символов. [↑](#footnote-ref-2)