|  |  |
| --- | --- |
| Пенсійний фонд УкраїниКіровоградська область | Головне управління ПФУ в Кіровоградській області (м. Кропивницький) |

**ЗАЯВА**

**за призначенням/перерахунком пенсії**

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, ім’я, по батькові)

Дата народження\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адреса:**

|  |  |
| --- | --- |
| Місце реєстрації |  |
| Місце проживання |  |

**Паспорт:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Серія | Номер | Унікальний номер запису в ЄДДР | Ким виданий | Дата видачі |
|  |  |  |  |  |

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу пенсію: **перерахувати**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид пенсії |  |
| Кількість утриманців |  |
| Пенсія на іншій підставі, державна допомога, виплата на дитину, страхові виплати | Не призначалась/призначалась | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи) |
| На сьогодні | Працюю/не працюю/зареєстрований як фізична особа-підприємець/самозайнята особа | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи) |
| Визнаний особою з інвалідністю \_\_\_\_\_\_\_ групи, підгрупи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | з\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(**зазначається у разі встановлення інвалідності)(непотрібне закреслити**)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи) |

Пенсію прошу виплачувати:

|  |
| --- |
| Поштою № рахунку в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

При призначенні пенсії прошу виключити з підрахунку заробітної плати період: **визначений автоматично.**

Мені відомо, що відповідно до чинного законодавства громадянин, який має право на різні види пенсії, може отримувати лише одну за його вибором. Про прийняття на роботу, звільнення з роботи, зміни в складі сім’ї, зміну місця проживання, виїзд за кордон на постійне місце проживання та інші обставини, що можуть вплинути на моє пенсійне забезпечення, зобов’язуюсь своєчасно повідомити органи, що призначають та виплачують пенсію.

 Я даю згоду на отримання від органів Пенсійного фонду України СМС-повідомлень з інформацією, що стосується мене, на номер мого мобільного телефону:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Я даю згоду на отримання від органів Пенсійного фонду України інформації, що стосується мене, на адресу моєї електронної пошти\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис заявника)

Паспортні дані, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) і подані документи звірено.

 Спеціаліст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (підпис)

 Начальник Кропивницького відділу

 обслуговування громадян № 1

 (сервісного центру) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

Аркуш 2

|  |  |
| --- | --- |
| Пенсійний фонд УкраїниКіровоградська область | Головне управління ПФУ в Кіровоградській області (м. Кропивницький) |

**Розписка-повідомлення**

Заява та документи

гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прийнято «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ року і зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Перелік документів, доданих до заяви:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Назва документа | Кількість  | Номер документа |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| …… |  |  |  |

Перелік документів, яких недостатньо для перерахунку пенсії:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Підписи |
| Назва документа | Строк подання (дата) | Дата подання документа | заявника | спеціаліста |
|  |  |  |  |  |

Спеціаліст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)