

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

В управление по труду, занятости и социальной
защите Вороновского райисполкома

Иванова Елена Ивановна

фамилия, собственное имя, отчество
(если такового имеется)

заявителя (его законного представителя)

г.п. Вороново, ул. Октябрьская, д. 3

__ (регистрация по месту жительства

(месту пребывания)

Вороновское УТЗСЗ

(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 пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-
летнего возраста**

Я, Иванова Елена Ивановна, 10.10.1972

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

г.п. Вороново, ул. Октябрьская, д. 3

дата рождения, адрес места жительства (места пребывания),

40896, 80294985693

номер телефона,

Паспорт КН6743124

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

31083701A002PB4

идентификационный номер (при наличии),

Вороновским РОВД, 05.06.2015 г

дата выдачи, наименование органа,

выдавшего документ)

прошу назначить мне пособие по уходу за инвалидом I группы, либо лицом, достигшим 80-летнего
возраста (*нужное подчеркнуть*), **Петренко Иван Иванович, 01.03.1927**

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

г.п. Вороново, ул. Октябрьская, д. 3

нетрудоспособного гражданина, дата рождения,

пенсия по инвалидности

адрес места жительства (места пребывания), вид пенсии)

являюсь/не являюсь (*нужное подчеркнуть*) матерью, отцом, сыном, дочерью,
супругом или супругой, опекуном (попечителем) гражданина, нуждающегося в
постоянном уходе, __супругой__
(при положительном ответе указывается

_____ **свидетельство о браке, 12.03.1982г. загс Вороновского РИК**_____.

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)

не работаю _____;
(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:

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

адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон)

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 (не страховой) 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, (инициалы, фамилия)
осуществляющего уход)

Дата регистрации заявления _____
Регистрационный номер _____

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