

(образец)

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТАВКЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ

От _____
(фамилия, имя, отчество)

1. Принадлежность к гражданству:
гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства
(нужное подчеркнуть)
2. Адрес места жительства:

(указывается почтовый адрес места жительства, места пребывания,

фактического проживания)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

3. Сведения о законном представителе несовершеннолетнего или недееспособного лица:

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания, телефон)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

Наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя			
Номер документа		Дата выдачи	
Кем выдан			

4. Прошу доставлять установленную мне ежемесячную денежную выплату через:

4.1. организацию федеральной почтовой связи _____

4.2. кредитную организацию _____

4.3. территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации _____

4.4. иную организацию _____

(в соответствующей строке указываются сведения об организации, выбранной заявителем

для доставки ежемесячной денежной выплаты: наименование организации федеральной почтовой связи, наименование

и банковские реквизиты кредитной организации, номер счета гражданина в этой организации, полное наименование

территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

Дата			

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста

Прошу осуществлять доставку ежемесячной денежной выплаты законному представителю, сведения о котором указаны в разделе 3 заявления.

Расписка-уведомление

Заявление гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста