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

(наименование территориального органа

Пенсионного фонда Российской Федерации)

код региона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

код категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отказе от получения набора социальных услуг**

(социальной услуги)

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Представитель гражданина или законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица

(нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина или законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного лица  |  | Дата выдачи  |  |
| Номер документа  |  | Дата рождения  |  |
| Кем выдан  |  | Место рождения  |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина или законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного лица  |  |
| Номер документа  |  | Дата выдачи  |  |
| Кем выдан  |  |

Прошу учесть мой отказ от получения:

 набора социальных услуг, предусмотренного частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

 социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

 социальной услуги, предусмотренной пунктом 1.1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

 социальной услуги, предусмотренной пунктом 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

(нужное отметить)

и прекратить его (ее, их) оплату за счет части суммы (суммы) ежемесячной денежной выплаты с 1 января 20\_\_ года.

(нужное подчеркнуть)

 Мною получены разъяснения о праве на возобновление получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, установленных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Дата | Подпись заявителя |

**Отметка о регистрации заявления**

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленному документу, удостоверяющему личность.

Гражданину разъяснены его права на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, установленные частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года
N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Регистрационный номерзаявления | Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
 (линия отреза)

**Уведомление**

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ принято

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |