Приложение 4

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О КОРРЕКТИРОВКЕ СВЕДЕНИЙ ИНДИВИДУАЛЬНОГО (ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО) УЧЕТА И ВНЕСЕНИИ УТОЧНЕНИЙ (ДОПОЛНЕНИЙ) В ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЛИЦЕВОЙ СЧЕТ**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| страховой номер индивидуального лицевого счета | | |  | | | | , |
|  | | |  | | | |  |
| почтовый адрес застрахованного лица для направления информации территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | , |
| номер телефона |  | | | , | | | |
|  |  | | | | | | |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | |  | | | | | |
| Серия, номер | |  | | | Дата выдачи |  | |
| Кем выдан | |  | | | | | |
| Дата рождения | |  | | | | | |
| Место рождения | |  | | | | | |

2. Представитель (законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица, организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, доверенное лицо) *(при наличии)* *(нужное подчеркнуть)*

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| почтовый адрес представителя для направления информации территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации | |
|  | , |
| адрес места нахождения организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя | |
|  | , |

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 |  | | | |

3. Прошу скорректировать (уточнить, дополнить) индивидуальный лицевой счет в части *(сделать отметку в соответствующем квадрате (квадратах)*:

3.1. сведений о страховом стаже

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □в связи с представлением страхователем\* | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование работодателя)* | | | | | | |
| ИНН *(при наличии)* | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | регион местонахождения | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | неполных (недостоверных) сведений о страховом стаже (периодах работы): | | | | | | | | | | | | | |
| □ | Общем □ дающих право на досрочное назначение пенсии | | | | | | | | | | | | | |
|  | за период\* | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | |
|  | в связи с непредставлением страхователем\* | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование работодателя*) | | | | | |
|  | ИНН *(при наличии)* | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | регион местонахождения | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | сведений о страховом стаже (периодах работы): | | | | | | | | | | | | | |
| □ | общем □ дающих право на досрочное назначение пенсии | | | | | | | | | | | | | |
|  | за период\* | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | |
| □ | иное | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| □ | в связи с уплатой страхователем, зарегистрированным в качестве ИП (главы КФХ, члена КФХ, адвоката, нотариуса и др. категорий, приравненных к ИП), \* | | | | | | | | | | | | | |
|  | регион местонахождения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ИНН | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | регистрационный номер в ПФР  *(при наличии)* | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | за период | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | |

***\*возможно внесение информации о нескольких страхователях и нескольких периодах***

3.2. сведений об иных периодах, засчитываемых в страховой стаж в соответствии с [частью 1 статьи 12](garantF1://70452688.1201) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 400-ФЗ "О страховых пенсиях":

□период прохождения военной службы, а также другой приравненной к ней службы, предусмотренной [Законом](garantF1://257.0) Российской Федерации от 12 февраля 1993 года N 4468-1 "О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, Федеральной службе войск национальной гвардии Российской Федерации, и их семей"

(за исключением военной службы по призыву)\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| страна прохождения службы | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | регион прохождения службы | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| период прохождения службы | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | | | |
| □ | период военной службы по призыву | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна прохождения службы | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | регион прохождения службы | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| период прохождения службы | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | | | |
| □ | период получения пособия по обязательному социальному страхованию в период временной нетрудоспособности\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| регион получения пособия | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| период получения пособия | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | | | |
| □период ухода родителя за ребенком до достижения им возраста полутора лет\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна рождения ребенка | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | регион рождения ребенка | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| дата рождения ребенка | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| ФИО ребенка *(полностью*) | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| □период получения пособия по безработице, период участия в оплачиваемых общественных работах и период переезда или переселения по направлению государственной службы занятости в другую местность для трудоустройства\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна получения пособия (осуществления периодов работы по направлению государственной службы занятости) | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| регион получения пособия (осуществления периодов работы по направлению государственной службы занятости) | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| период | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | | | | | |
| □период содержания под стражей лиц, необоснованно привлеченных к уголовной ответственности, необоснованно репрессированных и впоследствии реабилитированных, и период отбывания наказания этими лицами в местах лишения свободы и ссылке\*\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна содержания | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | регион содержания | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| период содержания | | | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | |
| □период ухода, осуществляемого трудоспособным лицом за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом или за лицом, достигшим возраста 80 лет\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна проживания лица, за которым осуществлялся уход | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | регион проживания лица, за которым осуществлялся уход | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| период осуществления ухода | | | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ФИО лица, за которым осуществлялся уход  *(полностью)* | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | дата рождения лица, за которым осуществляется уход | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_; |
| □период проживания супругов военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, вместе с супругами в местностях, где они не могли трудиться в связи с отсутствием возможности трудоустройства\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна прохождения службы | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | регион прохождения службы | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| период проживания | | | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | |
| □период проживания за границей супругов работников, направленных в дипломатические представительства и консульские учреждения Российской Федерации, постоянные представительства Российской Федерации при международных организациях, торговые представительства Российской Федерации в иностранных государствах, представительства федеральных органов исполнительной власти, государственных органов при федеральных органах исполнительной власти либо в качестве представителей этих органов за рубежом, а также в представительства государственных учреждений Российской Федерации (государственных органов и государственных учреждений СССР) за границей и международные организации, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО работника, направленного в загранучреждение | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| СНИЛС работника, направленного в загранучреждение | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Наименование дипломатического представительства или консульского учреждения | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| период проживания | | | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | |
| □период, засчитываемый в страховой стаж в соответствии с [Федеральным законом](garantF1://10004229.0) от 12 августа 1995 года N 144-ФЗ "Об оперативно-розыскной деятельности"\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| регион | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| период | | | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | |
| □период, в течение которого лица, необоснованно привлеченные к уголовной ответственности и впоследствии реабилитированные, были временно отстранены от должности (работы) в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством Российской Федерации\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страна | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | регион | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| период отстранения | | | | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
| ***\*\*возможно внесение информации о нескольких периодах***   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | □3.3. сведений о заработке до 1 января 2002 года, полученном за период работы в\*\*\* | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование работодателя)* | | | | | ИНН  *(при наличии*) | | \_\_\_\_\_\_\_\_ | страна местонахождения | | \_\_\_\_\_\_\_ | | регион местонахождения | | \_\_\_\_\_\_\_\_ | | за период | | | | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | |   ***\*\*\* возможно внесение информации о нескольких страхователях и нескольких периодах***  4. К заявлению прилагаю документы:   |  |  | | --- | --- | | N п/п | Наименование документа | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   5. Прошу (сделать отметки в соответствующих квадратах при наличии такого выбора гражданина):   |  |  |  | | --- | --- | --- | | а) | □ | направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации настоящего заявления и представленных мною документов, на адрес электронной почты  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(адрес электронной почты гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть)* |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | б) | □ | осуществлять информирование о ходе предоставления государственной услуги путем передачи текстовых сообщений *(сделать отметки в соответствующих квадратах при наличии такого выбора гражданина*) | |  | □ | на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(адрес электронной почты гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть)* | |  |  | на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи гражданина (его представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  *(абонентский номер)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6. Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата заполнения заявления | Подпись застрахованного лица (его представителя) | Расшифровка подписи  (инициалы, фамилия) |
|  |  |  |