

(наименование территориального органа Пенсионного фонда
Российской Федерации)

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от получения набора социальных услуг
(социальной услуги)

Фамилия, имя, отчество _____

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

Представитель гражданина

Фамилия, имя, отчество _____

Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Кем выдан	
Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина		Дата выдачи	
Номер документа		Кем выдан	

Прошу учесть мой отказ от получения:

набора социальных услуг, предусмотренных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (полного набора социальных услуг)

социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов)

социальной услуги, предусмотренной пунктом 1.1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (по предоставлению при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, в санаторно-курортные организации, определенные в соответствии с законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд)

социальной услуги, предусмотренной пунктом 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (по бесплатному проезду на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно)

(нужное отметить)

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

(нужное подчеркнуть)

Мною получены разъяснения о праве на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг в соответствии со статьей 6.3 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», а также о прекращении предоставления набора социальных услуг (социальной услуги) с 1 января 20 ____ года в соответствии с данным заявлением.

Дата		Подпись заявителя	

Отметка о регистрации заявления

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

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

(линия отреза)

Расписка - уведомление

Заявление гр. _____
принято

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