В Отделение Фонда пенсионного и социального страхования РФ по Магаданской области

**Заявление
об отказе ежемесячной выплаты в связи с рождением (усыновлением) первого ребенка**

Я,

(фамилия (в скобках фамилия, которая была при рождении), имя, отчество)

1.Статус

2. Дата рождения

(число, месяц, год рождения заявителя)

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

4. Документ, удостоверяющий личность

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

5. Адрес места жительства

(почтовый индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры на основании записи в паспорте (если предъявляется не паспорт, то иной документ, удостоверяющий личность), контактный телефон)

6. Сведения о представителе

(фамилия, имя, отчество)

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

7. Документ, удостоверяющий личность представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

8. Документ, подтверждающий полномочия представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

 отказываюсь от получения ежемесячной выплаты на ребенка -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, число, месяц, год рождения)

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

 дата подпись заявителя