

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

## З А Я В Л Е Н И Е

### о выдаче государственного сертификата на материнский (семейный) капитал

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

1. Статус \_\_\_\_\_  
(мать, отец, ребенок - указать нужное)

2. Пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской - указать нужное)

3. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

4. Место рождения \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, населенный пункт)

5. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан, дата выдачи)

6. Принадлежность к гражданству \_\_\_\_\_  
(гражданка(ин) Российской Федерации,

иностраный гражданин, лицо без гражданства - указать нужное)

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_

8. Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес места жительства, пребывания,

фактического проживания)

9. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

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

10. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

11. Место рождения \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, населенный пункт)

12. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

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

13. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан, дата выдачи)

В том случае, если законным представителем является юридическое лицо, то  
дополнительно указываются реквизиты, в том числе банковские, юридического лица. \_\_\_\_

14. Сведения о детях (по очередности рождаемости (усыновления):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Реквизиты свидетельства о рождении	Число, месяц, год рождения	Место рождения	Гражданство

Прошу выдать мне государственный сертификат на материнский (семейный) капитал в связи с рождением (усыновлением)

(нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ ребенка,  
(указать очередность рождения (усыновления) ребенка)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество,

\_\_\_\_\_  
дата рождения (усыновления) ребенка)

Государственный сертификат на материнский (семейный) капитал ранее \_\_\_\_\_  
(не выдавался, выдавался - указать нужное)

Родительских прав в отношении ребенка (детей) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(не лишалась(ся), лишалась(ся) - указать нужное)

Преступлений против жизни и здоровья своего ребенка (детей) не совершала (не совершал).

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена (предупрежден).

Даю согласие Пенсионному фонду Российской Федерации (далее - оператор) на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, а также иных данных, которые в соответствии с Федеральным законом "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей" подлежат включению в федеральный регистр лиц, имеющих право на дополнительные меры государственной поддержки.

В целях реализации моих прав на материнский (семейный) капитал оператор вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование моих персональных данных в течение срока, необходимого для ведения федерального регистра лиц, имеющих право на дополнительные меры государственной поддержки.

Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом "О персональных данных", осуществляется на основании заявления, поданного оператору.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют  
представленным документам

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

Заявление и документы гражданки(на) \_\_\_\_\_  
зарегистрированы

\_\_\_\_\_  
(регистрационный номер заявления)

Принял

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
(линия отреза)

### Расписка-уведомление

Заявление и документы  
гражданки(на) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(регистрационный номер заявления)

Принял

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_