

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ДОБРОВОЛЬНОМ ВОЗМЕЩЕНИИ ИЗЛИШНЕ ПОЛУЧЕННЫХ СУММ  
ПЕНСИИ**

1. \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_,

принадлежность к гражданству \_\_\_\_\_,  
(указывается гражданство)

проживающий(ая) в Российской Федерации:

адрес места жительства \_\_\_\_\_,

адрес места пребывания \_\_\_\_\_,

адрес места фактического проживания \_\_\_\_\_,

номер телефона \_\_\_\_\_,

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Дата рождения			
Место рождения			
Срок действия документа (при наличии)			

В настоящее время государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, или муниципальную должность, замещаемую на постоянной основе, или должность государственной гражданской службы Российской Федерации, или должность муниципальной службы (сделать отметку в соответствующем квадрате):

замещаю

не замещаю

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)

адрес места жительства \_\_\_\_\_

адрес места пребывания \_\_\_\_\_

адрес места фактического проживания \_\_\_\_\_

адрес места нахождения организации \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность представителя			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Срок действия документа (при наличии)			

Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Срок действия полномочий			

3. Прошу производить удержания из

с 1 \_\_\_\_\_ (указывается вид пенсии) согласно пункту 22 Правил выплаты пенсии, осуществления контроля  
(месяц, год)

за их выплатой, проведения проверок документов, необходимых для их выплаты, начисления за текущий месяц сумм пенсии в случае назначения пенсии другого вида либо в случае назначения другой пенсии в соответствии с законодательством Российской Федерации, определения излишне выплаченных сумм пенсии, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 ноября 2014 г. № 885н (зарегистрирован Минюстом России 31.12.2014, регистрационный № 35495), с изменениями, внесенными приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 января 2016 г. № 24н (зарегистрирован Минюстом России 20 февраля 2016 г., регистрационный № 41179), от 28 августа 2017 г. № 638н (зарегистрирован Минюстом России 18 октября 2017 г., регистрационный № 48595), от 13 февраля 2018 г. № 94н (зарегистрирован Минюстом России 14 мая 2018 г., регистрационный № 51077), от 5 декабря 2018 г. № 767н (зарегистрирован Минюстом России 24 января 2018 г., регистрационный № 53549), от 28 января 2019 г. № 43н (зарегистрирован Минюстом России 20 февраля 2019 г., регистрационный № 53850) (сделать отметку в соответствующем квадрате):

в размере \_\_\_\_\_ %,

в твердой сумме \_\_\_\_\_ руб.

в счет погашения излишне выплаченных сумм пенсии в размере \_\_\_\_\_ руб.  
*(указывается размер излишне полученной суммы пенсии)*

4. 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 отметку в соответствующем квадрате, указать нужное):*

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_,  
*(адрес электронной почты гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть))*

на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи \_\_\_\_\_.  
*(абонентский номер гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть))*

5. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.

Дата заполнения заявления	Подпись гражданина (представителя)	Расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Принял	
		Подпись специалиста МФЦ	Расшифровка подписи