

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ/ПРОДОЛЖЕНИИ ВЫПЛАТЫ ПЕНСИИ

ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	

ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	

ПРОШУ ПРИОСТАНОВИТЬ ВЫПЛАТУ МОЕЙ ПЕНСИИ

в размере 50% / 100%

ПРОШУ ПРОДОЛЖИТЬ ВЫПЛАТУ МОЕЙ ПЕНСИИ

(заполнять только в случае, если желаете продолжить получение ранее приостановленной пенсии)

в размере 50% / 100%

О приостановлении/продолжении выплаты пенсии по старости можно ходатайствовать один раз в календарный месяц. Приостановление/продолжение возможно только по календарным месяцам. Департамент социального страхования примет решение о приостановлении выплаты пенсии или ее продолжении в течение пяти рабочих дней. Приостановление или продолжение выплаты пенсии начинает действовать со следующего за подачей заявления календарного месяца.

ПОДТВЕРЖДАЮ ПРАВИЛЬНОСТЬ ДАННЫХ

. . 20 г.	Подпись ходатайствующего:	
Подпись законного представителя:		
<input type="checkbox"/>	Ходатайствующий заверил цифровой подписью	
<input type="checkbox"/>	Законный представитель заверил цифровой подписью	