Приложение № 1

к Административному регламенту предоставления Пенсионным фондом Российской Федерации государственной услуги по приему заявлений для размещения сведений о транспортном средстве, управляемом инвалидом, или транспортном средстве, перевозящем инвалида и (или) ребенка-инвалида, в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр инвалидов»

(в ред. Постановления Правления ПФ РФ от 18.11.2021 № 368п)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**для размещения сведений о транспортном средстве в федеральной   
государственной информационной системе «Федеральный реестр инвалидов»**

**Сведения об инвалиде/ребенке-инвалиде**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Страховой номер индивидуального   
лицевого счета (СНИЛС)

Документ, удостоверяющий личность

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

Дата и место рождения

Прошу разместить в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр инвалидов» (ФГИС ФРИ) **сведения о транспортном средстве:**

государственный регистрационный   
номер транспортного средства

|  |  |
| --- | --- |
| марка и (или) модель (коммерческое наименование) транспортного средства (если они были  присвоены изготовителем транспортного средства) |  |

дата и время начала фактической  
эксплуатации транспортного средства

дата и время окончания фактической  
эксплуатации транспортного средства

**Сведения о представителе**

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Документ, удостоверяющий личность представителя

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

Документ, подтверждающий   
полномочия представителя

(наименование, номер документа, кем и когда выдан)

Я ознакомлен, что в случае подачи данного заявления ранее размещенные сведения о транспортном средстве в ФГИС ФРИ будут неактуальными.

О ходе и результатах рассмотрения данного заявления прошу проинформировать по электронной почте:

Дата подачи заявления

Подпись инвалида/представителя

Заявление гражданки (гражданина)

зарегистрировано

(регистрационный номер заявления)

Принял

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата приема заявления) |  | (подпись специалиста) |

(линия отреза)