Дата регистрации

Директору Центра социального страхования и

социальной защиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Заявление**

**о признании безработным и назначении пособия по безработице**

Заявляю, что в настоящее время не имею оплачиваемой работы, заработка или иного трудового дохода, а также права на получение пенсии.

Заявляю, что на сотрудничество с Единым государственным фондом социального страхования Приднестровской Молдавской Республики согласен. Принимаю к сведению, что в период получения пособия по безработице обязан активно самостоятельно и при содействии Центра социального страхования и социальной защиты заниматься поиском подходящей работы, соблюдать условия прохождения перерегистрации в установленные сроки.

Обязуюсь сообщать в Центр социального страхования и социальной защиты обо всех изменениях, касающихся моих данных, а также в случае трудоустройства на постоянную, временную, сезонную, или иную другую работу, приносящую доход в период получения выплат из Единого государственного фонда социального страхования Приднестровской Молдавской Республики. В случае перерасчета установленного размера пособия обязуюсь вернуть превысившую сумму выплат, если таковая имела место.

Прошу Вас установить мне пособие по безработице в размере, предусмотренном действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Обязуюсь представить документы, указанные на обратной стороне заявления.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись заявителя

Отметки о представлении документов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документов | Кто обязан предъявлять | Дата  представления |
| 1.Документ, удостоверяющий личность, копия документа, удостоверяющего личность | Все |  |
| 2. Трудовая книжка или документ ее заменяющий, копия трудовой книжки или документа ее заменяющего | Ране работавшие лица |  |
| 3. Диплом об окончании организации образования или документ, подтверждающий квалификацию или специальности | Все |  |
| 4. Сведения из налоговых органов | Запрашивается в рамках межведомственного взаимодействия |  |
| 5. Справка с последнего места работы и ежемесячной заработной плате | Лица, имевшие оплачиваемую работу не менее 12 календарных недель в течение последних 12 месяцев (за исключением граждан, занимавшихся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица) |  |
| 6. Копия свидетельства о рождении детей | Лица, имеющие иждивенцев |  |
| 7. Справка из организации образования на иждивенцев | Лица, имеющие иждивенцев - учащихся (по очной форме обучения) в возрасте от 16 до 23 лет |  |
| 8. Военный билет | Лица, демобилизованные или уволенные из армии |  |
| 9. Справка об освобождении из мест лишения свободы или ЛТП | Лица, прибывшие из мест лишения свободы или ЛТП |  |
| 10. Справка о состоянии здоровья при ограничении работоспособности | Лица, имеющие ограничения к отдельным видам работ |  |
| 11.Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования | Все |  |

Для признания гражданина безработным документы, перечисленные в пунктах 1 - 3 обязательны для предъявления. В случае задержки их сдачи дата признания безработным и назначения пособия по безработице будет определена со дня регистрации всех документов перечисленных в пунктах 1 – 3.

Окончательный срок предъявления документов устанавливается до «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Документы предъявлены «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

*Ф.И.О. и подпись работника Центра социального страхования и социальной защиты*