

Приложение № 2  
к Правилам подачи заявления о распоряжении  
средствами (частью средств) материнского  
(семейного) капитала

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**Заявление  
об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении средствами  
(частью средств) материнского (семейного) капитала**

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

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

2. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

3. Серия и номер сертификата \_\_\_\_\_

4. Сертификат выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

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

\_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

7. Сведения о представителе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

8. Документ, удостоверяющий личность представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа,

\_\_\_\_\_ кем и когда выдан)

9. Документ, подтверждающий полномочия представителя

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

Прошу аннулировать заявление о распоряжении средствами (частью средств)  
материнского (семейного) капитала от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

Заявление гражданки (гражданина)  
зарегистрировано \_\_\_\_\_

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

Принял

\_\_\_\_\_ (дата приема заявления)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

-----  
(линия отреза)

Расписка-уведомление (извещение)

Заявление об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении средствами  
материнского (семейного) капитала гражданки (гражданина) зарегистрировано

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

Принял

\_\_\_\_\_ (дата приема заявления)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)