

Załączniki

do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 2008 r. (poz.)

Załącznik nr 1

WZÓR

Organ właściwy wierzyciela ¹⁾ realizujący świadczenia z funduszu alimentacyjnego:
Adres:

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO

Część I.

1. Dane osoby ubiegającej się o świadczenia²⁾

Imię i nazwisko	
PESEL ³⁾	NIP ³⁾
Stan cywilny	Obywatelstwo
Miejsce zamieszkania ⁴⁾	Telefon

2. Wnoszę o ustalenie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego:

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej	PESEL ³⁾	Rodzaj szkoły lub szkoły wyższej, do której uczęszcza osoba uprawniona
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

3. Dane członków rodziny, w tym dzieci do ukończenia 25 lat, a także dziecka, które ukończyło 25 rok życia otrzymującego świadczenia z funduszu alimentacyjnego lub legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do

członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, pełnoletniego dziecka posiadającego dziecko, a także rodzica osoby uprawnionej zobowiązanego tytułem wykonawczym pochodzącym lub zatwierdzonym przez sąd do alimentów.

W skład rodziny wchodzi:

1
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL³⁾ NIP³⁾ urząd skarbowy

2
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL³⁾ NIP³⁾ urząd skarbowy

3
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL³⁾ NIP³⁾ urząd skarbowy

4
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL³⁾ NIP³⁾ urząd skarbowy

5
imię i nazwisko data urodzenia stopień pokrewieństwa

.....
PESEL³⁾ NIP³⁾ urząd skarbowy

4. Inne dane

4.1 Łączna kwota alimentów świadczonych przez członków rodziny na rzecz innych osób wyniosła w roku⁵⁾ zł.....gr

4.2 Dochód utracony z roku⁵⁾ miesięcznie wyniósł zł.....gr

4.3 Dochód uzyskany w roku⁶⁾ miesięcznie wyniósł zł.....gr

¹⁾ Wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej lub miejsce jej pobytu.

²⁾ Wypełnia pełnoletnia osoba uprawniona do alimentów od rodzica na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, jeżeli egzekucja okazała się bezskuteczna, a przypadku niepełnoletniej osoby uprawnionej do alimentów jej przedstawiciel ustawowy.

³⁾ W przypadku gdy nie nadano tego numeru lub w przypadku cudzoziemców – serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

⁴⁾ Wpisać miejscowość, ulicę, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, pocztę.

⁵⁾ Wpisać rok kalendarzowy, z którego dochód rodziny stanowi podstawę ustalenia prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego.

⁶⁾ Wpisać rok, w którym osoba uzyskała dochód, po roku stanowiącym podstawę ustalenia prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego.

Część II.

1. Oświadczenia służące ustaleniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego (oświadcza przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik osoby uprawnionej do alimentów)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- osoba/y uprawniona/e, w imieniu której ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, nie pozostaje w związku małżeńskim ani nie przebywa w rodzinie zastępczej lub instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie,
- osoba/y uprawniona/e, w imieniu której ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, nie jest osobą pełnoletnią, która posiada własne dziecko.

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

- osoba/y uprawniona/e, w imieniu której ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego w kolejnym roku szkolnym lub akademickim będzie uczyć się w szkole lub w szkole wyższej,
- w przypadku rezygnacji z kontynuacji nauki osoby/ów uprawnionej/y, w imieniu której ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego zobowiązuję się niezwłocznie poinformować organ przyznający świadczenia z funduszu alimentacyjnego.

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

2. Oświadczenia służące ustaleniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego (oświadcza pełnoletnia osoba uprawniona do świadczeń alimentacyjnych)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- nie pozostaję w związku małżeńskim ani nie przebywam w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie,
- nie posiadam własnego dziecka,

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

Oświadczam, że:

- w kolejnym roku szkolnym lub akademickim będę uczyć się w szkole lub w szkole wyższej,
- w przypadku rezygnacji z kontynuacji nauki zobowiązuję się niezwłocznie poinformować organ przyznający świadczenia z funduszu alimentacyjnego.

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

Oświadczam, że:

przekazałem/am organowi egzekucyjnemu wszelkie znane mi informacje niezbędne do prowadzenia postępowania egzekucyjnego przeciwko dłużnikowi

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

Oświadczam, że:

do alimentacji zobowiązani są:

1)

.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

2)

.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

3)

.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

4)

.....
(imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, sytuacja ekonomiczna)

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

W przypadku zmiany liczby członków rodziny lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego, zwłaszcza uzyskania dochodu, wyjazdu członka rodziny poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej w celu pracy zarobkowej, ukończenia przez osobę uprawnioną do świadczeń z funduszu alimentacyjnego 18 roku życia lub 25 roku życia, jeżeli uczy się w szkole lub w szkole wyższej, oraz zmian w wysokości egzekwowanych przez komornika sądowego świadczeń alimentacyjnych osoba ubiegająca się jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić o tych zmianach organ właściwy wierzyciela.

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Pouczenie

1. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do świadczenia alimentacyjnego na podstawie tytułu wykonawczego, jeżeli egzekucja okazała bezskuteczna (art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. Nr 192, poz. 1378).

2. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do ukończenia 18 roku życia albo, w przypadku gdy uczy się w szkole lub szkole wyższej, do ukończenia 25 roku życia, albo w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności – bezterminowo (art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów).

3. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego nie przysługuje (art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów), jeżeli osoba uprawniona:

1. została umieszczona w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie albo w rodzinie zastępczej;
2. jest pełnoletnia i posiada własne dziecko;
3. zawarła związek małżeński.

4. Zgodnie z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(data podpis osoby ubiegającej się o świadczenia)