

**WNIOSEK
O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ
Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO**

NAZWA ORGANU WŁAŚCIWEGO WIERZycIELA REALIZUJĄCEGO ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO (1)

URZĄD MIASTA KRAKOWA

ADRES ORGANU WŁAŚCIWEGO WIERZycIELA REALIZUJĄCEGO ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO (1)

01. Gmina / Dzielnica

KRAKÓW

02. Kod pocztowy

30 - 103

03. Miejscowość

KRAKÓW

04. Ulica

UL. STACHOWICZA

05. Numer domu

18

06. Numer lokalu

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

CZĘŚĆ I

1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do świadczenia, zwanej dalej „osobą ubiegającą się”

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

DANE IDENTYFIKACYJNE

01. Numer PESEL (1)

64052100000

02. Numer dokumentu (1)

03. Nazwisko

NOWAK

04. Imię

MARIA

05. Obywatelstwo

POLSKIE

06. Stan cywilny (należy wpisać: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji, wdowa, wdowiec)

W DOWA

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

ADRES ZAMIESZKANIA

01. Gmina / Dzielnica

KRAKÓW

02. Kod pocztowy

30 - 103

03. Miejscowość

KRAKÓW

04. Ulica

05. Numer domu

18

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu (1)

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.

2. Wnoszę o ustalenie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego

(Jeżeli liczba osób uprawnionych do świadczeń z funduszu alimentacyjnego jest większa, należy dodatkowo wypełnić i dołączyć do niniejszego formularza załącznik FA-1Z)

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 1

Numer PESEL: (1)

02290800000

Numer dokumentu: (1)

Nazwisko:

NOHAK

Imię:

KATARZYNA

Obywatelstwo:

POLSKIE

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

RODZAJ SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 1

SZKOŁA PODSTAWOWA

DANE ADRESOWE SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 1

Gmina / Dzielnica:

KRAKÓW

Kod pocztowy:

30 - 109

Miejscowość:

KRAKÓW

Ulica:

ul. ŻMYŚLONA

Numer domu:

45

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 2

Numer PESEL: (1)

Numer dokumentu: (1)

Nazwisko:

Imię:

Obywatelstwo:

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

RODZAJ SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 2**DANE ADRESOWE SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 2**

Gmina / Dzielnica:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

3. Dane członków rodziny, w tym dzieci do ukończenia 25 lat, jeżeli pozostają na utrzymaniu rodziców, a także dziecka, które ukończyło 25. rok życia, otrzymującego świadczenia z funduszu alimentacyjnego lub legitymującego się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy, albo zasiłek dla opiekuna, a także osoby uprawnionej; do członków rodziny nie zalicza się: dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, rodzica osoby uprawnionej zobowiązanego tytułem wykonawczym pochodzącym lub zatwierdzonym przez sąd do alimentów na jej rzecz.

W skład rodziny wchodzi:

(Jeżeli w skład rodziny wchodzi więcej osób, należy dodatkowo wypełnić i dołączyć do niniejszego formularza załącznik FA-1Z)

DANE OSOBY - 1, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Numer PESEL: (1)

6 4 0 5 2 1 0 0 0 0 0

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

2 1 0 5 1 9 6 4

Numer dokumentu: (1)

Pokrewieństwo:

MATKA

Nazwisko:

N O W A K

Imię:

M A R I A

Nazwa i adres urzędu skarbowego:

KRAKÓW KROWODRZA

Organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.) w zw. z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 859, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)



Zakład Ubezpieczeń Społecznych



Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego



Inny

Nazwa i adres właściwej jednostki:

-

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE OSOBY - 2, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Numer PESEL: (1)

0 2 2 9 0 8 0 0 0 0 0

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Numer dokumentu: (1)

Pokrewieństwo:

Nazwisko:

N O W A K

Imię:

K A T A R Z Y N A

Nazwa i adres urzędu skarbowego:

-

Organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.) w zw. z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 859, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)



Zakład Ubezpieczeń Społecznych



Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego



Inny

Nazwa i adres właściwej jednostki:

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE OSOBY - 3. WCHODZACEJ W SKŁAD RODZINY

Numer PESEL: (1)

[illegible]

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Numer dokumentu: (1)

[illegible]

Pokrewieństwo:

Nazwisko:

[illegible]

Imię:

[illegible]

Nazwa i adres urzędu skarbowego:

Organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.) w zw. z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 859, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

1

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

9

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

1

Inny

Nazwa i adres właściwej jednostki:

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE OSOBY - 4, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Numer PESEL: (1)

[illegible]

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Numer dokumentu: (1)

[illegible]

Pokrewieństwo:

Nazwisko:

[illegible]

Imię:

[illegible]

Nazwa i adres urzędu skarbowego:

Organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.) w zw. z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 859, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

9

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

7

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

7

Inny

Nazwa i adres właściwej jednostki:

(1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

4. Inne dane

4.1 Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób w roku:

Rok kalendarzowy (1)

2016

wyniosła:

Kwota alimentów

0,00

zł.

(1) Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

4.2 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)



nastąpiła utrata dochodu (2)



nie nastąpiła utrata dochodu (2)

(2) Utrata dochodu, zgodnie z art. 2 pkt 17 ustawy, oznacza utratę dochodu spowodowaną:

- uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- utratą prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- wyrejestrowaniem pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.),
- utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń,
- utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą świadczenia rodzicielskiego,
- utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

4.3 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)



nastąpiło uzyskanie dochodu (3)



nie nastąpiło uzyskanie dochodu (3)

(3) Uzyskanie dochodu, zgodnie z art. 2 pkt 18 ustawy, oznacza uzyskanie dochodu spowodowane:

- zakończeniem urlopu wychowawczego,
- uzyskaniem prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.



potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia 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/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- osoba/osoby uprawniona/uprawnione, w której/których imieniu ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, nie pozostaje w związku małżeńskim ani nie przebywa w pieczy 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.



potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że:

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



potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

2. Oświadczenia służące ustaleniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego

(oświadcza pełnoletnia osoba uprawniona do alimentów)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem 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.

☐ potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

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.

☐ potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że:

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

☒ potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

01. 08. 2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Do alimentacji są zobowiązani:

(Jeżeli liczba osób zobowiązanych do alimentacji jest większa, należy dodatkowo wypełnić i dołączyć do niniejszego formularza załącznik FA-1Z)

DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 1

Nazwisko:

K O N A L S K I

Imię:

J A N

Wiek:

DANE ADRESOWE (ADRES ZAMIESZKANIA - o ile jest znany) - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 1

Gmina / Dzielnica:

KRAKÓW

Kod pocztowy:

30 - 103

Miejscowość:

KRAKÓW

Ulica:

ul. STACHOWICZA

Numer domu:

18

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

ZATRUDNIENIE, SYTUACJA EKONOMICZNA - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 1

Zatrudnienie:

NIE POSIADAM INFORMACJI

Sytuacja ekonomiczna:

NIE POSIADAM INFORMACJI

DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 2

Nazwisko:

KONALSKA

Imię:

JOANNA

Wiek:

86

DANE ADRESOWE (ADRES ZAMIESZKANIA - o ile jest znany) - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 2

Gmina / Dzielnica:

KRAKÓW

Kod pocztowy:

30 - 103

Miejscowość:

KRAKÓW

Ulica:

ul. STACHONICZA

Numer domu:

10

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

-

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

ZATRUDNIENIE, SYTUACJA EKONOMICZNA - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 2

Zatrudnienie:

NIE PRACUJE

Sytuacja ekonomiczna:

POBIERA EMERYTURĘ Z ZUS

DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 3

Nazwisko:

KONALSKI

Imię:

JAN

Wiek:

86

DANE ADRESOWE (ADRES ZAMIESZKANIA - o ile jest znany) - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 3

Gmina / Dzielnica:

KRAKÓW

Kod pocztowy:

30 - 103

Miejscowość:

KRAKÓW

Ulica:

UL. STACHOWICZA

Numer domu:

18

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

ZATRUDNIENIE, SYTUACJA EKONOMICZNA - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 3

Zatrudnienie:

NIE PRACUJE

Sytuacja ekonomiczna:

POBIERA EMERYTURĘ Z ZUS

DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 4

Nazwisko:

Imię:

Wiek:

DANE ADRESOWE (ADRES ZAMIESZKANIA - o ile jest znany) - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 4

Gmina / Dzielnica:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

ZATRUDNIENIE, SYTUACJA EKONOMICZNA - DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ DO ALIMENTACJI - 4

Zatrudnienie:

Sytuacja ekonomiczna:

☒ potwierdzam dane zawarte w oświadczeniu powyżej

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

W przypadku zmiany liczby członków rodziny, umieszczenia osoby uprawnionej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie albo w pieczy zastępczej, lub zawarcia przez osobę uprawnioną związku małżeńskiego oraz innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego, zwłaszcza uzyskania dochodu, uchylenia obowiązku alimentacyjnego lub zmiany wysokości zasądzonych alimentów oraz otrzymania alimentów w okresie pobierania świadczeń z funduszu alimentacyjnego, osoba uprawniona jest obowiązana niezwłocznie powiadomić o tych zmianach organ właściwy wierzyciela.

Niepoinformowanie organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń z funduszu alimentacyjnego o zmianach, o których mowa powyżej, może skutkować powstaniem nienależnie pobranych świadczeń, a w konsekwencji koniecznością ich zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

☒ potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią powyższego pouczenia

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) Kserokopia dochodu osobistego wnioskodawcy
- 2) Odpis wyroku alimentacyjnego, rozwodowego
- 3) Zaświadczenie od komornika sądowego o bezskuteczności egzekucji w okresie dwóch ostatnich miesięcy
- 4) Zaświadczenie od komornika sądowego o wysokości wyegzekwowanych w 2016r.
- 5) Załączniki: NR3,

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

KRAKÓW

(Miejscowość)

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu
alimentacyjnego)

POUCZENIE

1. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do alimentów od rodzica na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, jeżeli egzekucja jest bezskuteczna (art. 2 pkt 11 ustawy).

2. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do ukończenia przez nią 18 roku życia albo w przypadku gdy uczy się w szkole lub szkole wyższej do ukończenia przez nią 25 roku życia, albo w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności ? bezterminowo (art. 9 ust. 1 ustawy).

3. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego nie przysługuje (art. 10 ust. 2 ustawy), jeżeli osoba uprawniona:

- 1) została umieszczona w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie albo w pieczy zastępczej;
- 2) zawarła związek małżeński.

4. Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. ? Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

5. Nienależnie pobranym świadczeniem z funduszu alimentacyjnego (na podstawie art. 2 pkt 7 ustawy) są świadczenia z funduszu alimentacyjnego:

- wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie albo wstrzymanie wypłaty świadczenia w całości lub w części,
- przyznane lub wypłacone w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą te świadczenia,
- wypłacone bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa, jeżeli stwierdzono nieważność decyzji przyznającej świadczenie albo w wyniku wznowienia postępowania uchylono decyzję przyznającą świadczenie i odmówiono prawa do świadczenia,
- wypłacone, w przypadku gdy osoba uprawniona w okresie ich pobierania otrzymała, niezgodnie z kolejnością określoną w art. 28 ustawy, zaległe lub bieżące alimenty, do wysokości otrzymanych w tym okresie alimentów,
- wypłacone osobie innej niż osoba, która została wskazana w decyzji przyznającej świadczenia z funduszu alimentacyjnego, z przyczyn niezależnych od organu, który wydał tę decyzję.

☒ oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią powyższego pouczenia.

01.08.2017r.

(Data: dd / mm / rrrr)

Maria Nowak

(Podpis osoby ubiegającej się
o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)