

Prezydent Miasta Mysłowice
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej 41-400 MYŚŁOWICE, ul. Gwarków 24

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

Część I

**1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do świadczenia z funduszu alimentacyjnego<sup>2)</sup>**

Imię		Nazwisko	
Numer PESEL <sup>3)</sup>			
Stan cywilny		Obywatelstwo	
Miejsce zamieszkania <sup>4)</sup>			Telefon (nieobowiązkowo)
Miejscowość	Kod pocztowy		
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	

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

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej	Numer PESEL <sup>3)</sup>	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, 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:

1. ....  
imię i nazwisko                      data urodzenia                      stopień pokrewieństwa  
.....  
PESEL<sup>3)</sup>                                      urząd skarbowy
2. ....  
imię i nazwisko                      data urodzenia                      stopień pokrewieństwa  
.....  
PESEL<sup>3)</sup>                                      urząd skarbowy
3. ....  
imię i nazwisko                      data urodzenia                      stopień pokrewieństwa  
.....  
PESEL<sup>3)</sup>                                      urząd skarbowy
4. ....  
imię i nazwisko                      data urodzenia                      stopień pokrewieństwa  
.....  
PESEL<sup>3)</sup>                                      urząd skarbowy
5. ....  
imię i nazwisko                      data urodzenia                      stopień pokrewieństwa  
.....  
PESEL<sup>3)</sup>                                      urząd skarbowy
6. ....  
imię i nazwisko                      data urodzenia                      stopień pokrewieństwa

**4. 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” (zakreślić odpowiedni kwadrat)**

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- Wojskowe Biuro Emerytalne
- Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
- Biuro Emerytalne Służby Więziennej
- Jednostka organizacyjna wymiaru sprawiedliwości .....

.....  
(nazwa i adres właściwej jednostki)

- inne.....

.....  
(nazwa i adres właściwej jednostki)

## 5. Inne dane

- 5.1. Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób wyniosła w roku .....<sup>\*)</sup> ..... zł ..... gr.
- 5.2. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku nastąpiła/nie nastąpiła <sup>\*\*)</sup> utrata dochodu <sup>\*\*\*)</sup>.
- 5.3. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku nastąpiło/nie nastąpiło <sup>\*\*)</sup> uzyskanie dochodu <sup>\*\*\*\*)</sup>.

<sup>\*)</sup> Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

<sup>\*\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>\*\*\*)</sup> 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.

\*\*\*\*\*) 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.

.....  
(data, 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.

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

- osoba/osoby uprawniona/uprawnione, w której 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.

.....  
(data, 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.

.....  
(data, 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.

.....  
(data, 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.

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Oświadczam, że:

do alimentacji są zobowiązani:

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 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.**

**Nie poinformowanie 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.**

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

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

### **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.

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)

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

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego)



- <sup>2</sup> ) 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.
- <sup>3</sup> ) W przypadku gdy nie nadano tego numeru lub w przypadku cudzoziemców – serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- <sup>4</sup>) Wpisać miejscowość, ulicę, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, pocztę.

**DYSPOZYCJA WYPŁATY**

Mysłowice, .....

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Adres)

.....  
(Seria i nr dowodu)

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

(PESEL)

W związku z ubieganiem się o świadczenia rodzinne / świadczenia z funduszu alimentacyjnego\*:

1. Proszę o przekazywanie należnych mi wypłat świadczeń na podane niżej **konto bankowe**:

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

**Jednocześnie oświadczam, iż jestem / nie jestem\*\***

**jedynym właścicielem wskazanego rachunku bankowego**

( w przypadku gdy właścicielem rachunku jest inna osoba bądź widnieją współwłaściciele rachunku należy wypełnić informację w pkt. 5)

2. Informuję, iż podane wcześniej konto pozostaje **bez zmian**

3. Proszę i przekazywanie należnych mi wypłat świadczeń **do Kasy MOPS**

4. Proszę o przekazywanie należnych mi wypłat świadczeń na **Kartę Przedpłaconą** wydana przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach

5. Informuję, iż właścicielem / współwłaścicielem\*\* rachunku wskazanego w pkt. 1 jest

Pani/Pan ....., zam. ....

Pani/Pan ....., zam. ....

Niniejsza dyspozycja ważna jest do odwołania i obejmuje wszystkie świadczenia wypłacane przez tutejszy Dział.

.....

(Własnoręczny podpis)

\*Należy zaznaczyć/podkreślić odpowiednio punkt 1,2,3 lub 4

\*\*Niewłaścicive wykreślić

**UWAGI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....