

## WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO

1. Zapoznaj się z warunkami przysługiwania świadczeń z funduszu alimentacyjnego umieszczonymi w pouczeniu w CZĘŚCI II wniosku.
2. Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.
3. Pola "Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość" dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.
4. Pola wyboru zaznaczaj ☐ lub ☒.

Wniosek dotyczy okresu świadczeniowego (1): **20** / **20**

(1) Okres świadczeniowy trwa od 1 października do 30 września następnego roku kalendarzowego.

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

.....

.....

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

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

-

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

(1) Przez organ właściwy wierzyciela rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do alimentów.

## CZĘŚĆ I

### 1. Dane osoby składającej wniosek o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, zwanej dalej „wnioskodawcą”

#### DANE WNIOSKODAWCY

01. Imię

02. Nazwisko

03. Numer PESEL

04. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

05. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

06. Obywatelstwo

07. Stan cywilny (2)

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

(2) Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec.

#### ADRES ZAMIESZKANIA

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

-

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2)

(1) Numer nie jest obowiązkowy ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

(2) Podanie adresu e-mail ułatwi kontakt w sprawie wniosku i jest obowiązkowe gdy składasz wniosek drogą elektroniczną.

**2. Składam wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego na następujące osoby uprawnione do alimentów:**

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

**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 1**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

☐

Zaznacz jeżeli osoba  
posiada orzeczenie o  
znacznym stopniu  
niepełnosprawności

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

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

(Wypełnij jeśli osoba, na którą składasz wniosek, ma ukończone 18 lat albo ukończy 18r. życia w trakcie okresu świadczeniowego, którego dotyczy wniosek.)

**Oświadczam, że osoba uprawniona, na którą składam wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego uczęszcza / będzie uczęszczała do następującej szkoły / szkoły wyższej:**

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

Gmina / Dzielnica:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

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

**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 1**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego albo syndyka wyznaczonego w postępowaniu upadłościowym dłużnika) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.)

**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 1****DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 2**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

☐

Zaznacz jeżeli osoba  
posiada orzeczenie o  
znacznym stopniu  
niepełnosprawności

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

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

(Wypełnij jeśli osoba, na którą składasz wniosek, ma ukończone 18 lat albo ukończy 18r. życia w trakcie okresu świadczeniowego, którego dotyczy wniosek.)

**Oświadczam, że osoba uprawniona, na którą składam wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego uczęszcza / będzie uczęszczała do następującej szkoły / szkoły wyższej:**

**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) Wypełnij w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 2**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego albo syndyka wyznaczonego w postępowaniu upadłościowym dłużnika) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.)

**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 2**

**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 3**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)



Obywatelstwo:

☐

Zaznacz jeżeli osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**WPISZ RODZAJ SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 3**

(Wypełnij jeśli osoba, na którą składasz wniosek, ma ukończone 18 lat albo ukończy 18r. życia w trakcie okresu świadczeniowego, którego dotyczy wniosek.)

**Oświadczam, że osoba uprawniona, na którą składam wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego uczęszcza / będzie uczęszczała do następującej szkoły / szkoły wyższej:**

**DANE ADRESOWE SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 3**

Gmina / Dzielnica:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

 - 


Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:



Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)



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

**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 3**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego albo syndyka wyznaczonego w postępowaniu upadłościowym dłużnika) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.)

**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 3****DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 4**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

☐

Zaznacz jeżeli osoba  
posiada orzeczenie o  
znacznym stopniu  
niepełnosprawności

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**WPISZ RODZAJ SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 4**

(Wypełnij jeśli osoba, na którą składasz wniosek, ma ukończone 18 lat albo ukończy 18r. życia w trakcie okresu świadczeniowego, którego dotyczy wniosek.)

**Oświadczam, że osoba uprawniona, na którą składam wniosek o przyznanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego uczęszcza / będzie uczęszczała do następującej szkoły / szkoły wyższej:**

**DANE ADRESOWE SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA OSOBA UPRAWNIONA - 4**

Gmina / Dzielnica:

Kod pocztowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

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

**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 4**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego albo syndyka wyznaczonego w postępowaniu upadłościowym dłużnika) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.)

**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 4****3. Dane członków rodziny:**

**Wpisz tutaj wszystkich członków rodziny, czyli odpowiednio:**

- wnioskodawcę (siebie),
- dane osób (dzieci), na które wnioskujesz o świadczenia z funduszu alimentacyjnego,
- dane Twojego małżonka/drugiego rodzica dzieci (za wyjątkiem rodzica zobowiązanego do alimentacji),
- pozostałe dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, na które nie wnioskujesz o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, ale które pozostają na Twoim utrzymaniu,
- dziecko, które ukończyło 25. rok życia, otrzymujące świadczenia z funduszu alimentacyjnego lub legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.

**Rodzina oznacza odpowiednio:**

rodziców osoby uprawnionej, małżonka rodzica osoby uprawnionej, osobę, z którą rodzic osoby uprawnionej wychowuje wspólne dziecko, pozostające na ich utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia oraz dziecko, które ukończyło 25. rok życia otrzymujące świadczenia z funduszu alimentacyjnego lub legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy, o których mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, a także osobę uprawnioną;

**Do 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 mojej rodziny wchodzi:**

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

**DANE OSOBY - 1, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej)

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**DANE OSOBY - 2, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej)

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**DANE OSOBY - 3, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej)

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**DANE OSOBY - 4, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej)

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**DANE OSOBY - 5. WCHODZACEJ W SKŁAD RODZINY**

Imie:

Nazwisko:

Numer PESEL:

[illegible]

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

|                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**DANE OSOBY - 6. WCHODZACEJ W SKŁAD RODZINY**

Imie:

Nazwisko:

Numer PFSEFI :

[illegible]

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

|                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**4. Zaznacz organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne za Ciebie i członków Twojej rodziny.**

☐ Zakład Ubezpieczeń  
Społecznych

☐ Kasa Rolniczego Ubezpieczenia  
Społecznego

Brak(1)

Inny

Nazwa i adres właściwej jednostki:

(1) Zaznacz „Brak”, gdy ani za Ciebie, ani za żadnego z członków Twojej rodziny nie są odprowadzane składki na ubezpieczenie zdrowotne.

## 5. Inne dane

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

Rok kalendarzowy (1)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

wyniosła:

Kwota alimentów

|  |  |  |  |  |    |    |  |
|--|--|--|--|--|----|----|--|
|  |  |  |  |  | zł | gr |  |
|--|--|--|--|--|----|----|--|

zł.

5.2 W roku kalendarzowym(1) poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku, Ja lub członkowie mojej rodziny (wskazani w punkcie 3 wniosku):

|                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TAK                      | NIE                      | osiągnęli dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych – wskazane w pouczeniu do Załącznika ZFA-03 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (w przypadku zaznaczenia wypełnij dodatkowo oświadczenie o dochodzie Twoim lub członka/członków rodziny stanowiące Załącznik ZFA-03 do wniosku)                                                                                                                                      |

|                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TAK                      | NIE                      | osiągnęli dochody z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne - ryczałt ewidencjonowany lub karta podatkowa                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p><i>(w przypadku zaznaczenia dołącz do wniosku zaświadczenie z Urzędu Skarbowego zawierające dane dotyczące opodatkowania działalności Twojej lub członka/członków Twojej rodziny, podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne - ryczałt ewidencjonowany lub karta podatkowa)</i></p> |

|                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TAK                      | NIE                      | osiągnęli dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego<br>(w przypadku zaznaczenia wypełnij dodatkowo oświadczenie o przeciętnej wielkości Twojego gospodarstwa rolnego lub gospodarstwa członka/członków rodziny stanowiące Załącznik ZFA-05 do wniosku). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                       |

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

**5.3 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku:**
☐ nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu. (1)

☐ nie nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu. (1)

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

- uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- utratą 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, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,
- wykreśleniem z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 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,
- utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, a także – zgodnie z przepisem przejściowym: art. 336 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce utratą dotychczasowego stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, oraz
- obniżeniem wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub obniżeniem dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów z powodu przeciwdziałania COVID-19 (na podstawie art. 150a ust. 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych),
- utratą dodatku solidarnościowego przyznanego na podstawie ustawy o dodatku solidarnościowym przyznawanym w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom COVID-19.

**5.4 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku:**
☐ nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu. (1)

☐ nie nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu. (1)

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

- zakończeniem urlopu wychowawczego,
- uzyskaniem 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, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,
- rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 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,
- uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, a także – zgodnie z art. 336 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce uzyskaniem dotychczasowego stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, oraz
- uzyskaniem dodatku solidarnościowego przyznanego na podstawie ustawy o dodatku solidarnościowym przyznawanym w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom COVID-19.

**Przepisów o utracie i uzyskaniu dochodu nie stosuje się do dochodu z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej i dochodu z tytułu wyrejestrowania lub rozpoczęcia pozarolniczej działalności gospodarczej, jeżeli członek rodziny lub dziecko pozostające pod opieką opiekuna prawnego utracili dochód z tych tytułów i w okresie 3 miesięcy licząc od dnia utraty dochodu uzyskali dochód u tego samego pracodawcy lub zleceniodawcy lub zamawiającego dzieło lub ponownie rozpoczęli pozarolniczą działalność gospodarczą.**

**CZĘŚĆ II POUCZENIE I OŚWIADCZENIA.****1. 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 z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, zwanej dalej „ustawą”).
2. Za bezskuteczną uważa się egzekucję (art. 2 pkt 2 ustawy) w wyniku której w okresie ostatnich dwóch miesięcy nie wyegzekwowano pełnej należności z tytułu zaległych i bieżących zobowiązań alimentacyjnych, albo postępowanie upadłościowe, w toku którego w okresie ostatnich dwóch miesięcy nie otrzymano pełnej należności z tytułu zaległych i bieżących zobowiązań alimentacyjnych. Za bezskuteczną egzekucję uważa się również niemożność wszczęcia lub prowadzenia egzekucji alimentów przeciwko dłużnikowi alimentacyjnemu przebywającemu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności z powodu:
  - a. braku podstawy prawnej do podjęcia czynności zmierzających do wykonania tytułu wykonawczego w miejscu zamieszkania dłużnika,
  - b. braku możliwości wskazania przez osobę uprawnioną miejsca zamieszkania dłużnika alimentacyjnego za granicą.
3. 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).
4. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie (art. 9 ust. 2 ustawy).
5. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują w wysokości bieżąco ustalonych alimentów, jednakże nie wyższej niż 500 zł (art. 10 ust. 1 ustawy).

6. Ustalenie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz ich wypłata następują odpowiednio na wniosek osoby uprawnionej lub jej przedstawiciela ustawowego (rodzica) (art. 15 ust. 1 ustawy).
7. Prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego ustala się na okres świadczeniowy, trwający co do zasady od dnia 1 października do dnia 30 września następnego roku kalendarzowego - począwszy od miesiąca, w którym wpłynął wniosek do organu właściwego wierzyciela, nie wcześniej niż od początku okresu świadczeniowego do końca tego okresu.
8. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego nie przysługuje (art. 10 ust. 2 ustawy), jeżeli osoba uprawniona:
  - 1) została umieszczona w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie lub w pieczy zastępczej;
  - 2) zawarła związek małżeński.
9. Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.
10. 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,
  - wypłacone w związku z zastosowaniem przepisów o utracie i uzyskaniu dochodu - po ustaleniu, że wystąpiły okoliczności, o których mowa w art. 9 ust. 4b ustawy.
11. W przypadku zmiany liczby członków rodziny, umieszczenia osoby uprawnionej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie (tj. domu pomocy społecznej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, a także w szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatne pełne 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, uchylecia obowiązku alimentacyjnego lub zmiany wysokości zasądzonych alimentów oraz otrzymania alimentów w okresie pobierania świadczeń z funduszu alimentacyjnego, osoba uprawniona albo jej przedstawiciel ustawowy są obowiązani niezwłocznie powiadomić o tych zmianach organ właściwy wierzyciela.
12. 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.

## 2. Oświadczenia służące ustaleniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego.

(Oświadczenie przedstawiciela ustawowego (rodzica) lub pełnomocnika osoby uprawnionej do alimentów)

### Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- osoba uprawniona /osoby uprawnione, w której/których imieniu składam wniosek 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, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, a także w szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatne pełne utrzymanie.
- osoba uprawniona / osoby uprawnione, w której/których imieniu ubiegam się o świadczenia z funduszu alimentacyjnego, w kolejnym roku szkolnym lub akademickim
 

☐
będzie/będą

☐
nie będzie/nie będą

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

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

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis wnioskodawcy  
składającego oświadczenie)

