**FA-1Z**

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU**

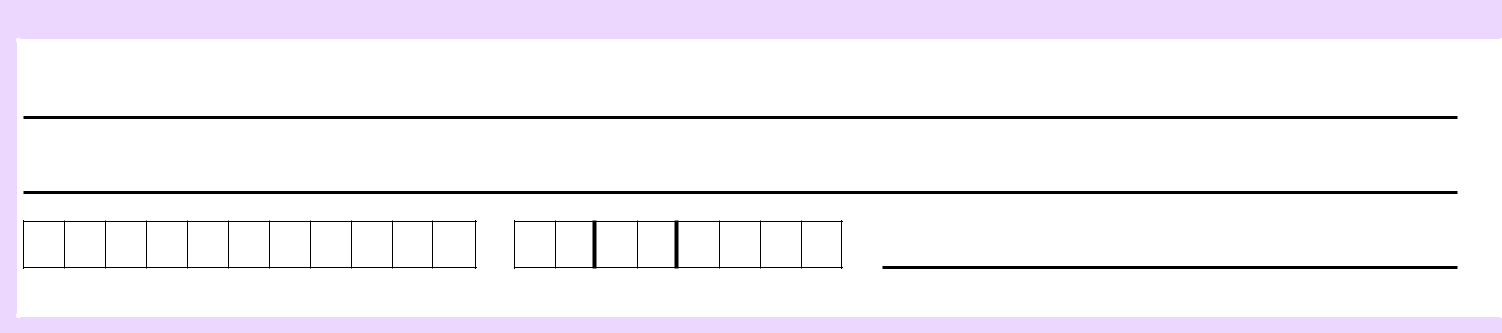
**O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ**

**Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO**

1. **Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.**
2. **Pola "Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość" dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.**
3. **Pola wyboru zaznaczaj** v **lub X .**

**CZĘŚĆ I**

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



**DANE WNIOSKODAWCY**

01. Imię

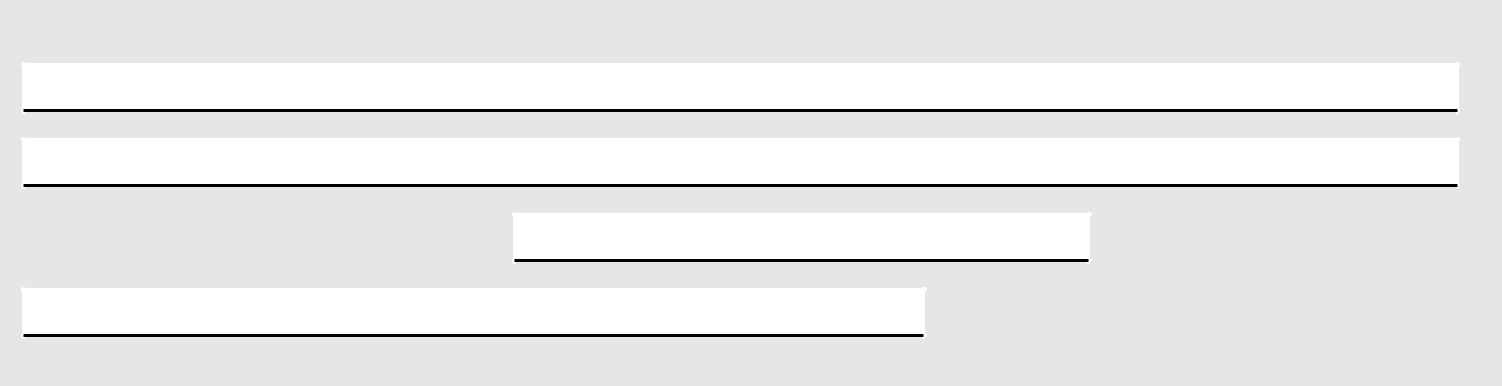
02. Nazwisko

03. Numer PESEL 04. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 05. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

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

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

(Wypełnij tylko w przypadku, gdy liczba osób uprawnionych do świadczeń z funduszu alimentacyjnego jest większa niż liczba pozycji na formularzu FA-1 - część I, punkt 2.)

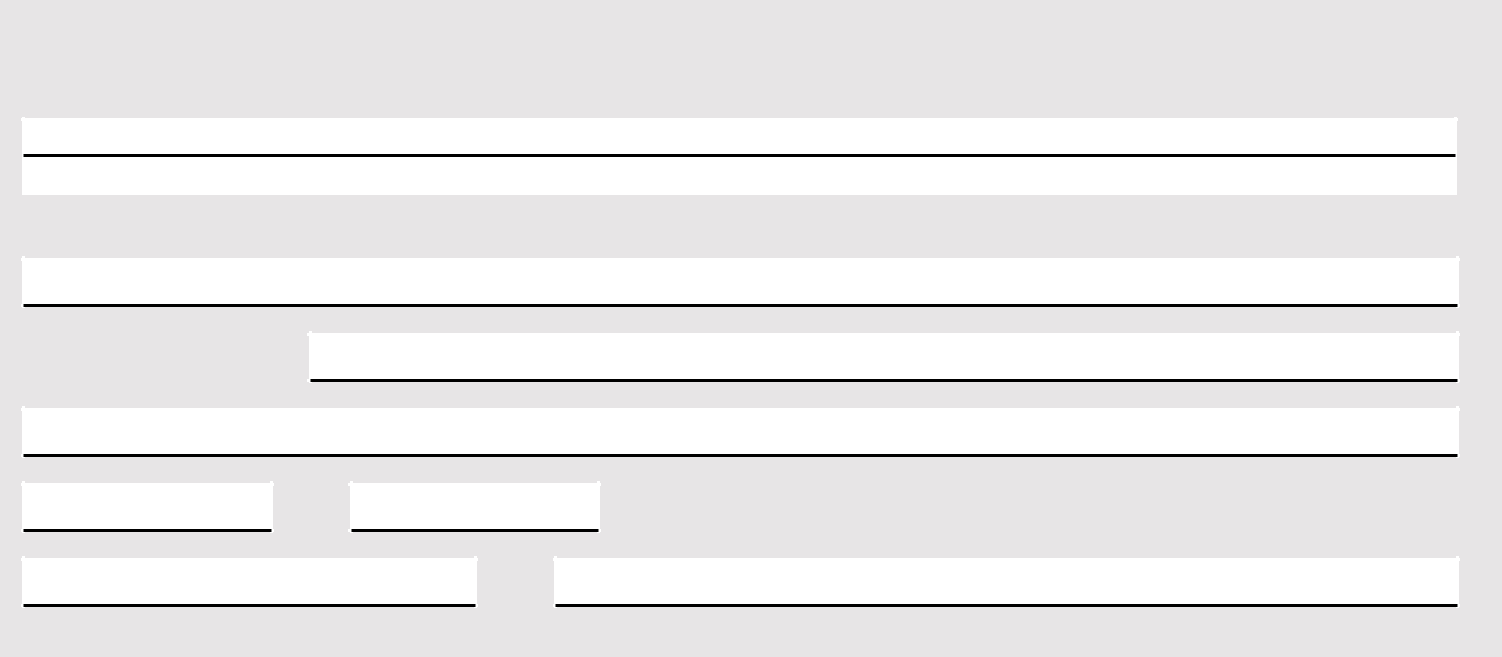


**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 1**

Imię:

Nazwisko:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL: | | | | | | | | | | | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo: | | | | | | | | | | |  |  | Zaznacz jeżeli osoba |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | posiada orzeczenie o |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | znacznym stopniu |  |
| (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | |  | niepełnosprawności |  |
|  |  |  |



**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.

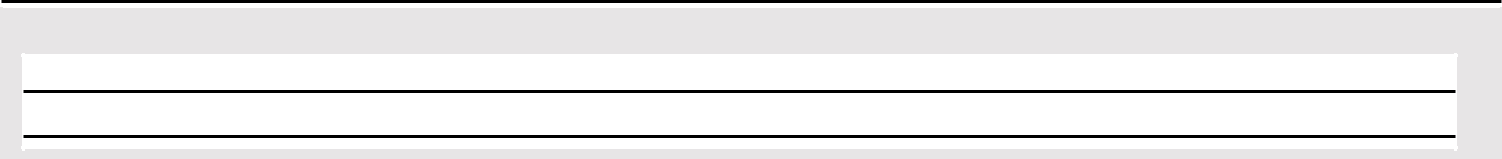


**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 1**

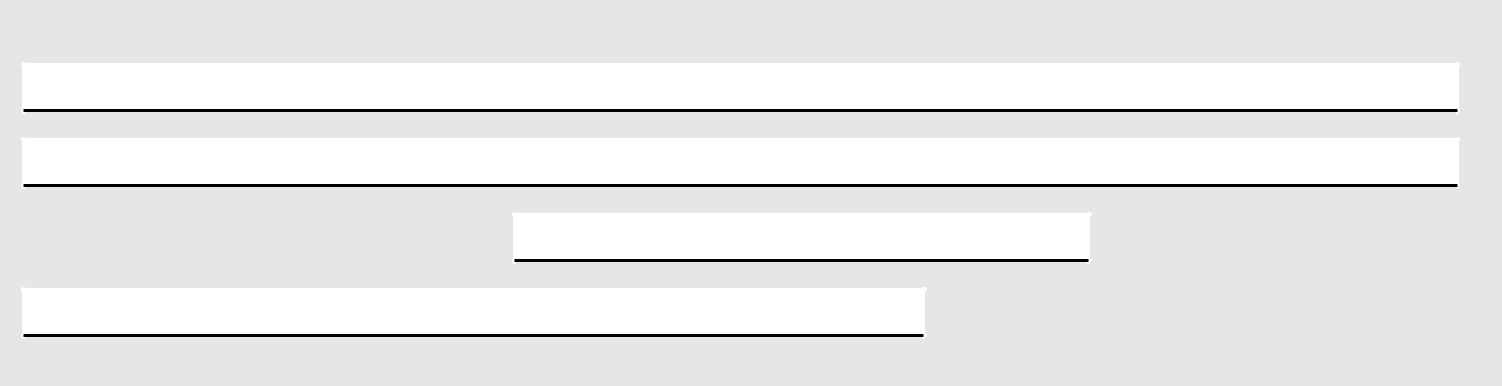
(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.).

strona: 1/5 wersja: FA-1Z(2)

**FA-1Z**



**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 1**

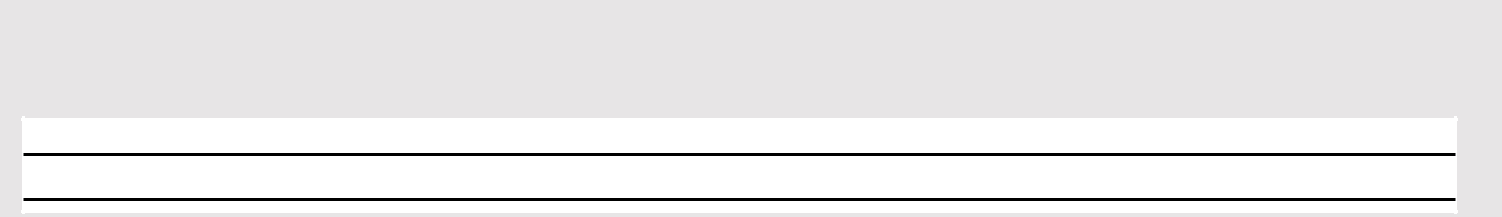


**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 2**

Imię:

Nazwisko:

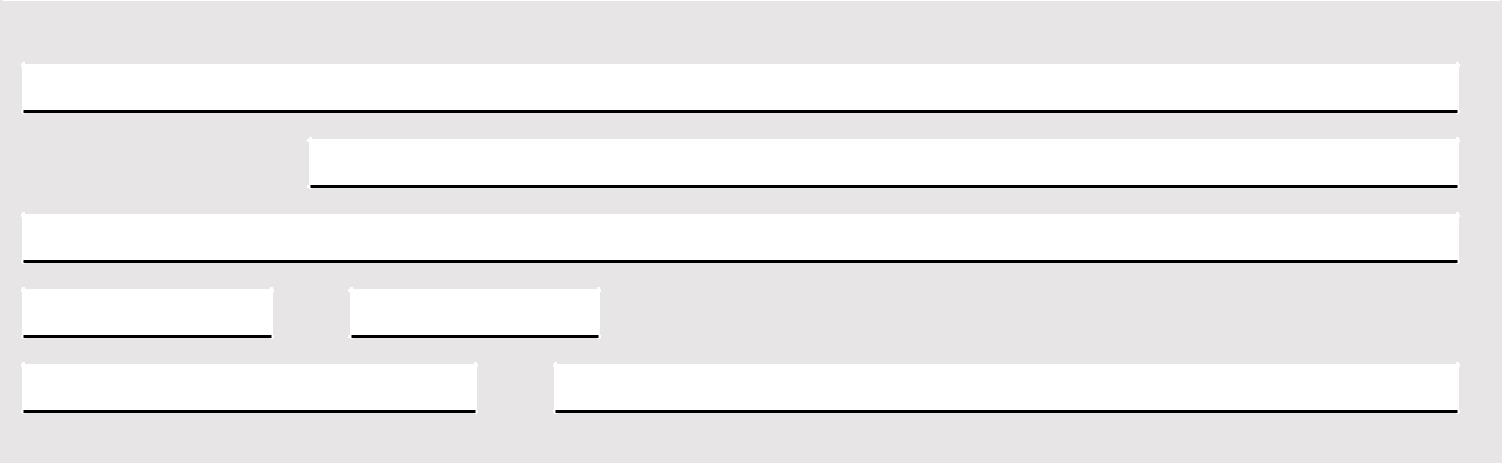
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL: | | | | | | | | | | | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo: | | | | | | | | | | |  |  | Zaznacz jeżeli osoba |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | posiada orzeczenie o |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | znacznym stopniu |  |
| (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | |  | niepełnosprawności |  |
|  |  |  |



**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:

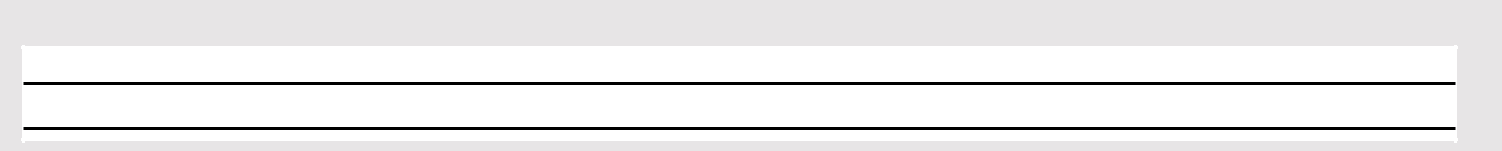
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kod pocztowy: | | | | | | | Miejscowość: |
|  |  | - |  |  |  |  |  |
| Ulica: | | | | | | |  |
| Numer domu: | | | | | | | Numer lokalu: |
| Zagraniczny kod pocztowy: (1) | | | | | | | Nazwa państwa: (1) |

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

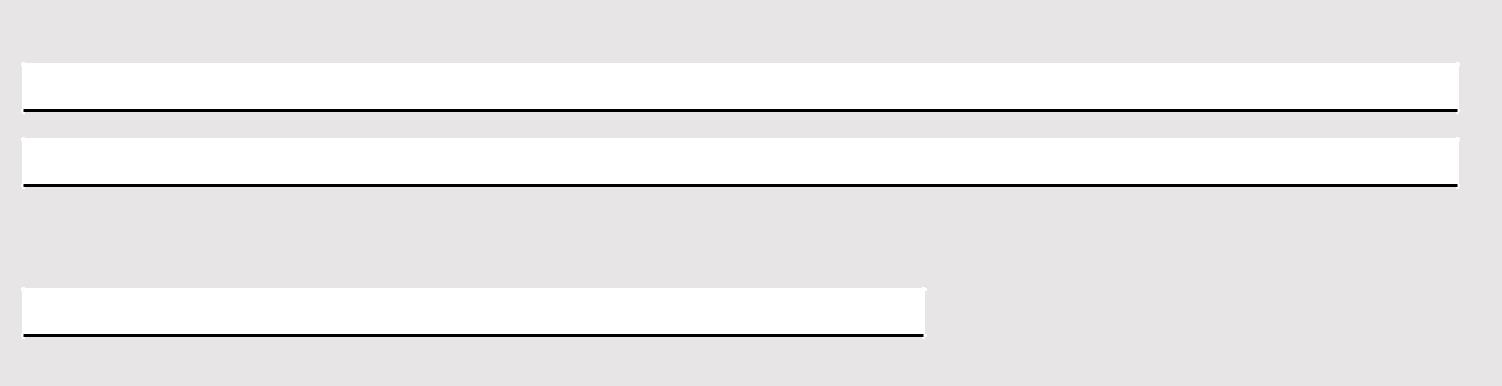


**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 2**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.).



**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 2**



**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 3**

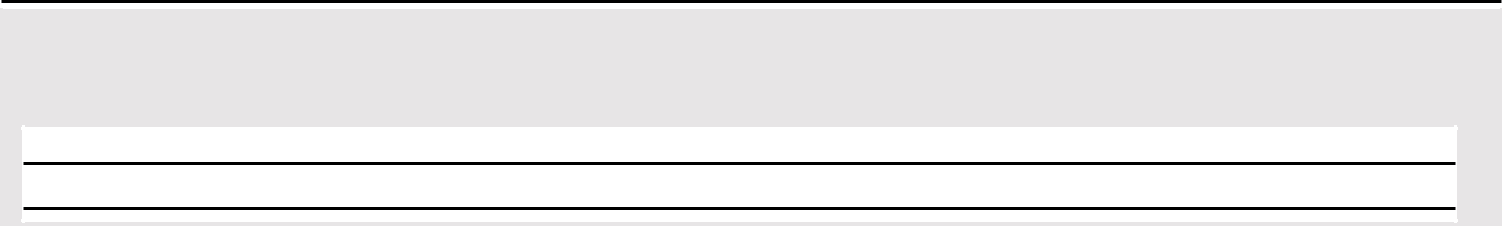
Imię:

Nazwisko:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL: | | | | | | | | | | |  | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1) | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo: | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zaznacz jeżeli osoba |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | posiada orzeczenie o |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | znacznym stopniu |  |
| (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | niepełnosprawności |  |
|  |  |  |  |

strona: 2/5 wersja: FA-1Z(2)

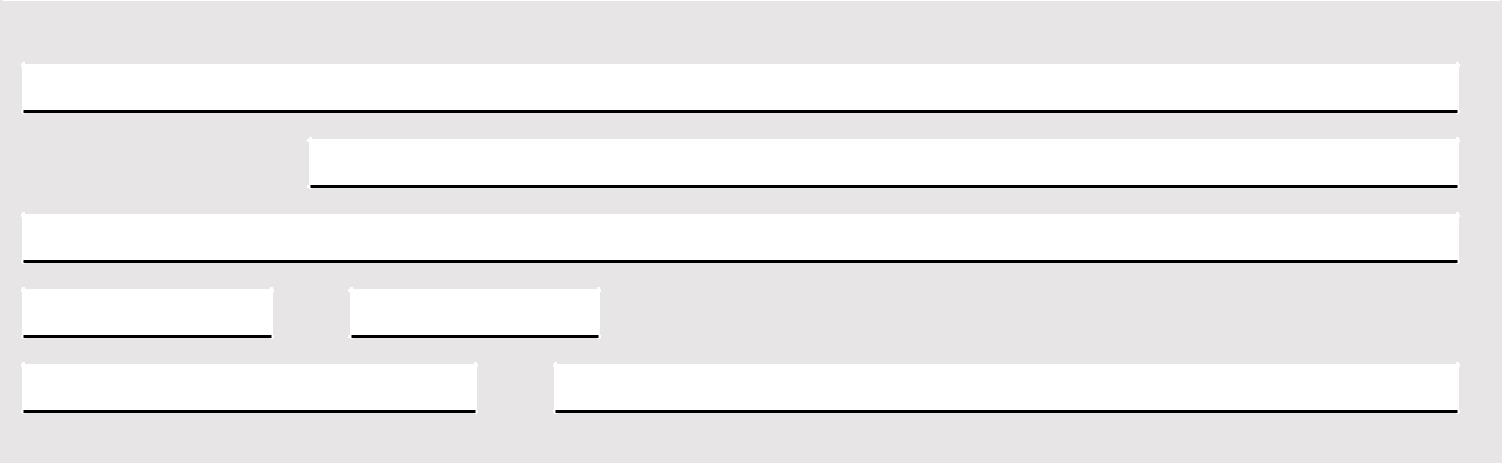
**FA-1Z**



**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:

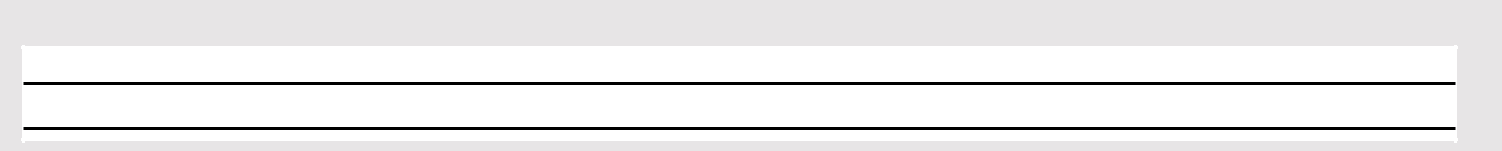
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kod pocztowy: | | | | | | | Miejscowość: |
|  |  | - |  |  |  |  |  |
| Ulica: | | | | | | |  |
| Numer domu: | | | | | | | Numer lokalu: |
| Zagraniczny kod pocztowy: (1) | | | | | | | Nazwa państwa: (1) |

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

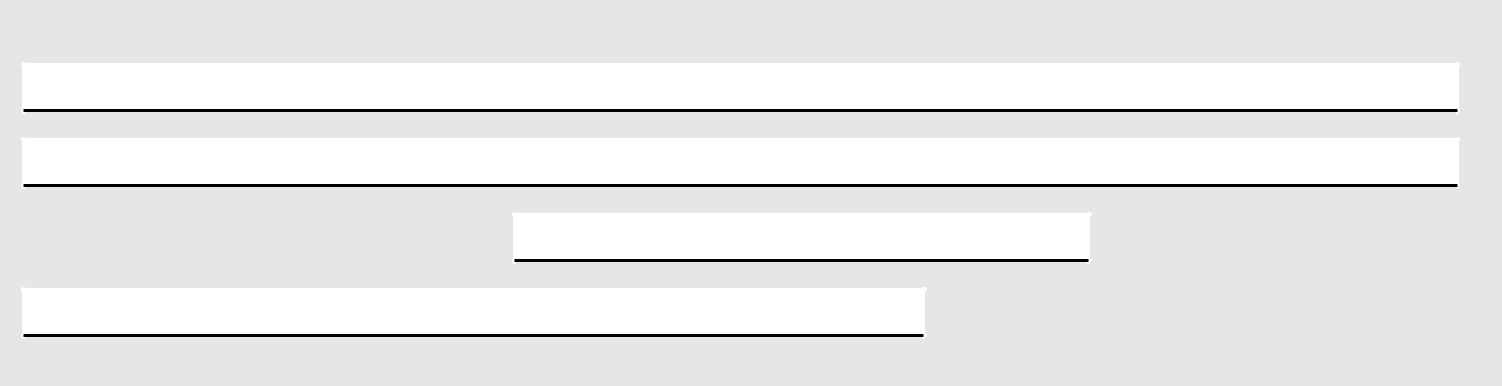


**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 3**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego) potwierdzające bezskuteczność egzekucji alimentów.).



**DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ - 3**

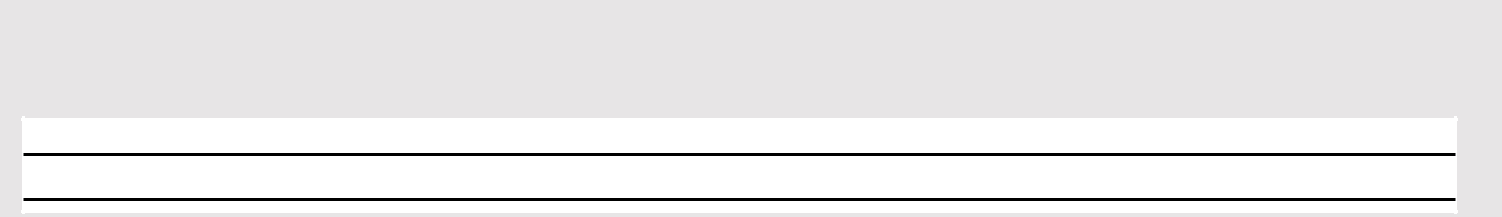


**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ - 4**

Imię:

Nazwisko:

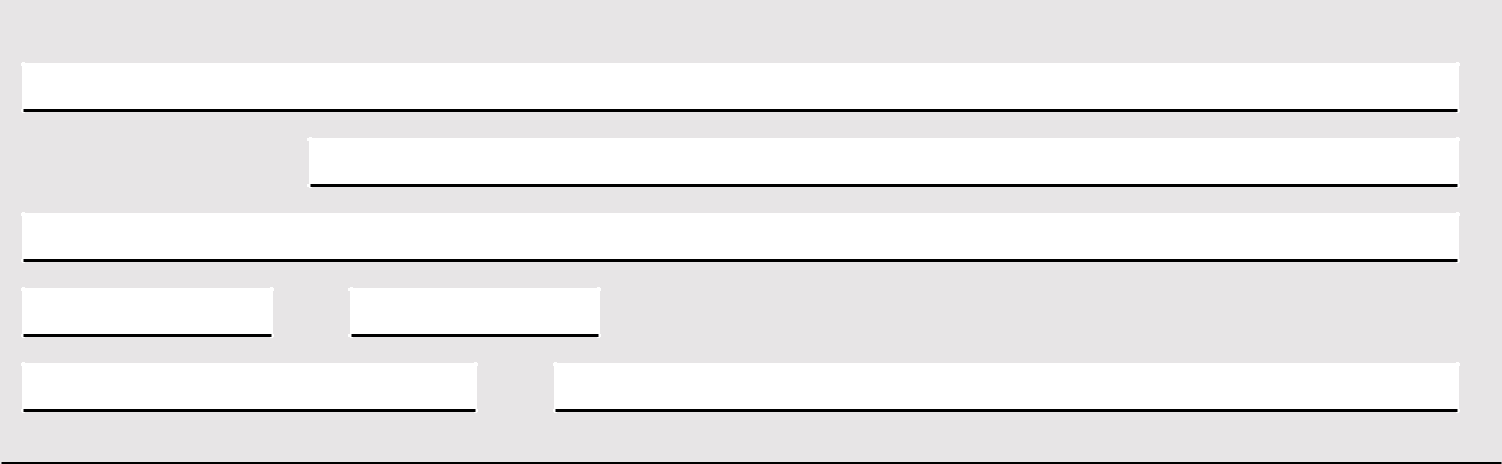
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL: | | | | | | | | | | | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo: | | | | | | | | | | |  |  | Zaznacz jeżeli osoba |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | posiada orzeczenie o |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | znacznym stopniu |  |
| (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | |  | niepełnosprawności |  |
|  |  |  |



**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**

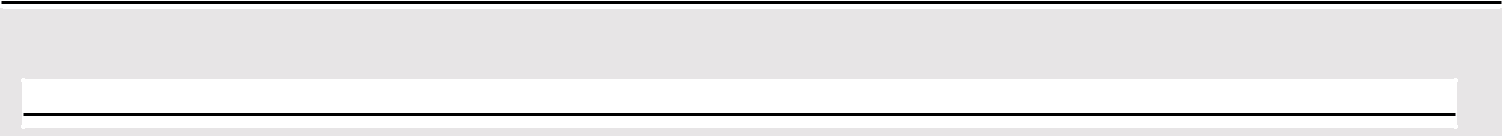
Gmina / Dzielnica:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.

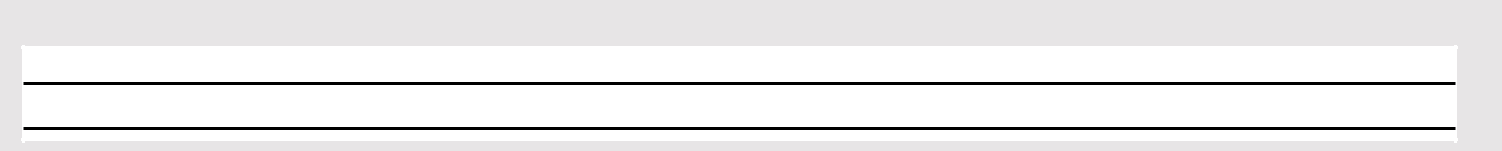
strona: 3/5 wersja: FA-1Z(2)

**FA-1Z**



**ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW - 4**

(Nie wypełniaj jeśli do wniosku dołączasz zaświadczenie organu egzekucyjnego (komornika sądowego) 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 25r. 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:**

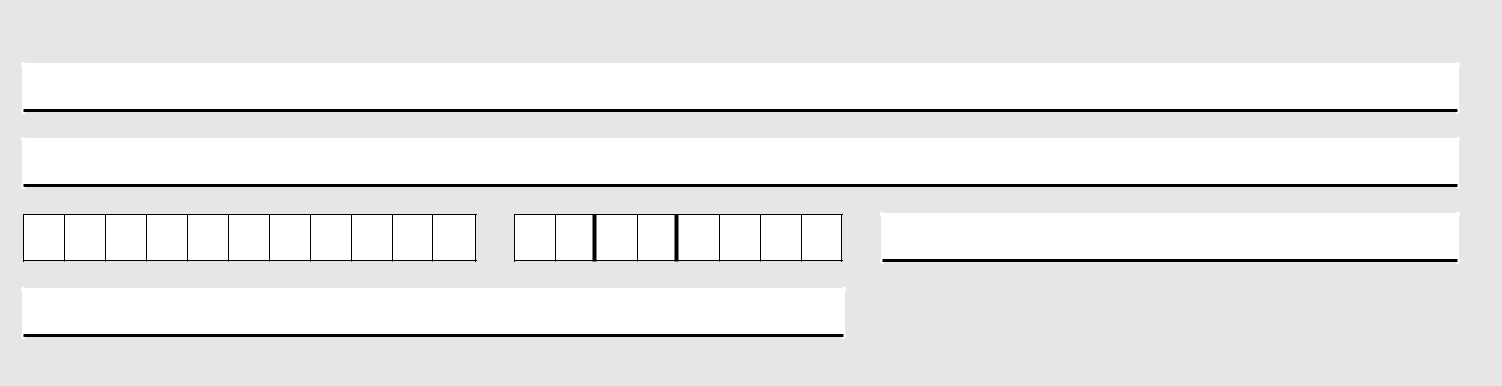
rodziców osoby uprawnionej, małżonka rodzica osoby uprawnionej, osobę, z którą rodzic osoby uprawnionej wychowuje wspólne dziecko, pozostające na ich utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia oraz dziecko, które ukończyło 25. rok życia otrzymujące świadczenia z funduszu alimentacyjnego lub 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 rodziny wchodzą:**

(Wypełnić tylko w przypadku, gdy liczba osób wchodzących w skład rodziny jest większa niż liczba pozycji na formularzu FA-1 -część I, punkt 3.)



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

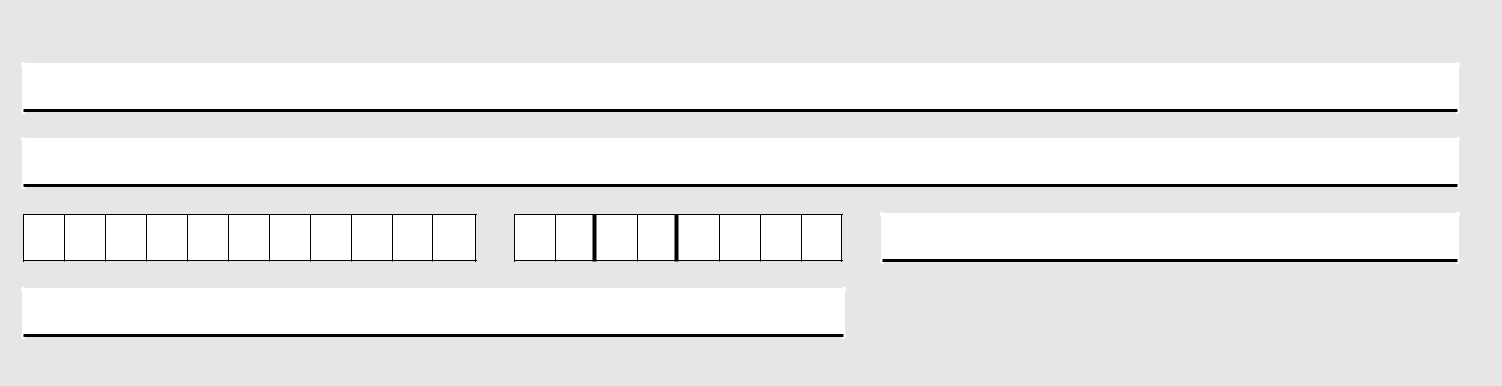
Imię:

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:

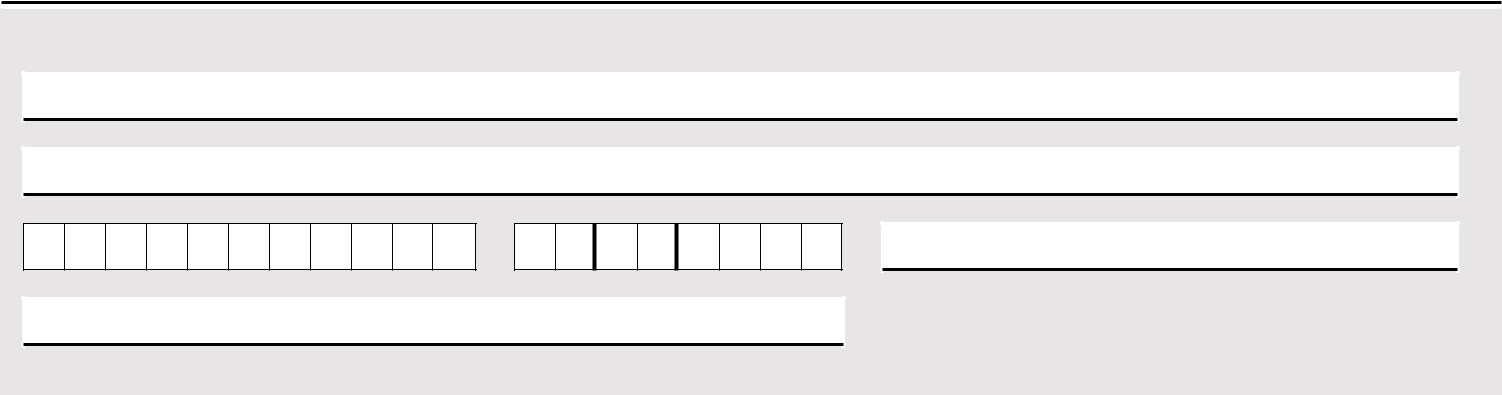
Numer PESEL: Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby uprawnionej)

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

strona: 4/5 wersja: FA-1Z(2)

**FA-1Z**



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

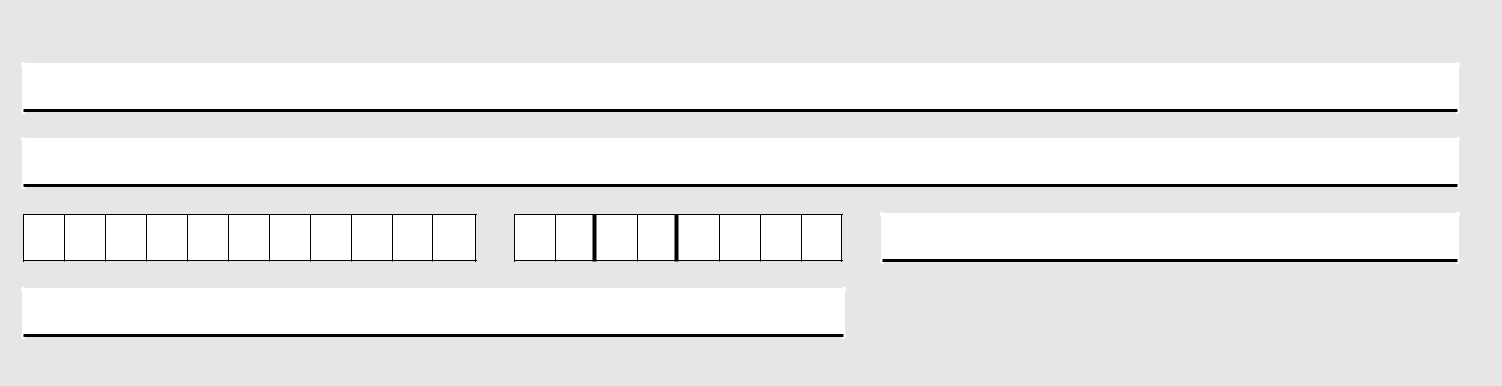
Imię:

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.

**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 albo jej przedstawiciel ustawowy są obowiązani 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.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Miejscowość) | (Data: dd / mm / rrrr) | ...................................... |  |
| (Podpis wnioskodawcy |  |
|  |  | składającego oświadczenie) |  |



strona: 5/5 wersja: FA-1Z(2)