**FA-1**

**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** v **lub X .**

|  |  |
| --- | --- |
| **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)

1. Obywatelstwo
2. Stan cywilny (2)
3. Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.
4. 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.

strona: 1/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**

**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 |  |
| (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.)



**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:**

strona: 2/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**



**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 |  |
|  |  |  |



**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.

strona: 3/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**



**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.



**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 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.

strona: 4/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**

**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 wchodzą:**

(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.

strona: 5/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**



**DANE OSOBY - 5, 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 - 6, 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.
1. **Zaznacz organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne za Ciebie i członków Twojej rodziny.**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakład Ubezpieczeń |  | Kasa Rolniczego Ubezpieczenia |  | 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.
1. **Inne dane**

Rok kalendarzowy (1) Kwota alimentów

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

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, a rt. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.) – wskazane w pouczeniu do Załącznika ZFA-03 |  |
|  |  |  | *(w przypadku zaznaczenia wypełnij dodatkowo oświadczenie o dochodzie Twoim lub członka/członków rodziny* |  |
|  |  |  | *stanowiące Załącznik ZFA-03 do wniosku)* |  |

TAK NIE

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

*(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 podatków dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne - ryczałt ewidencjonowany lub karta podatkowa)*

osiągnęli dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego

*(w przypadku zaznaczenia wypełnij dodatkowo oświadczenie o przeciętnej wielkości Twojego gospodarstwa rolnego lub gospodarstwa członka/członków rodziny stanowiące Załącznik ZFA-05 do wniosku).*

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

strona: 6/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**

**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 (Dz.U. poz. 303),

- 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 (Dz.U. z 2019 r. poz. 299 i 303) lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 300 i 303),

- 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669) utratą dotychczasowego stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.).

**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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669) uzyskaniem dotychczasowego stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.).

**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).
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. Za bezskuteczną egzekucję uważa się również niemożność wszczęcia lub prowadzenia egzekucji alimentów przeciwko dłużnikowi alimentacyjnemu przebywającemu poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej, w szczególności z powodu:
	1. braku podstawy prawnej do podjęcia czynności zmierzających do wykonania tytułu wykonawczego w miejscu zamieszania dłużnika,
	2. 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.

strona: 7/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**

1. 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.
2. Zgodnie z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (j. t z 2016 r., poz. 1137 z późn. zm.) za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.
3. 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.

1. 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 inną 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, 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.

**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 inną 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) |  |



strona: 8/9 wersja: FA-1(4)

**FA-1**

**3. 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, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, a także w szkole wojskowej lub inną szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatne pełne utrzymanie.

— w kolejnym roku szkolnym lub akademickim

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| będę |  | nie 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.

— 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) |  |



**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.**

1. **Proszę o wpłatę świadczenia na następujący nr rachunku bankowego/w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (1):**
	1. Wypełnij w przypadku, gdy świadczenie ma być wpłacone na rachunek bankowy / w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1)



2)



3)



4)



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

......................................



(Miejscowość) (Data: dd / mm / rrrr) (Podpis wnioskodawcy

składającego oświadczenie)

strona: 9/9 wersja: FA-1(4)