**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**O BEZSKUTECZNOŚCI EGZEKUCJI ALIMENTÓW**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 01. Imię | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 02. Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 03. Numer PESEL | | | | | | | | | | |  | | 04. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **WPISZ ORGAN PROWADZĄCY EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE ADRESOWE ORGANU PROWADZĄCEGO EGZEKUCJĘ ALIMENTÓW** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data (dd/mm/rrrr) | | | | | | | | | |
|  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |

Data wszczęcia egzekucji:

**Oświadczam, że w okresie ostatnich dwóch miesięcy egzekucja alimentów należnych od:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE ZOBOWIĄZANEGO DO ALIMENTÓW** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Numer PESEL | | | | | | | | | | |  | | Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | | |  | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |  |  |
|  | Obywatelstwo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA ZOBOWIĄZANEGO (jeżeli jest znany)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gmina / Dzielnica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Kod pocztowy | | | | | | | | | | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | **-** | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | Ulica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Numer domu | | | | | | | | | | | |  | | | Numer mieszkania | | | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  |  |
|  | Zagraniczny kod pocztowy: (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Nazwa państwa (1) | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  | | | |
|  | (1) Wypełnij w przypadku, gdy adres jest inny niż polski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**przyznanych dla:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBY, KTÓREJ PRZYZNANO ALIMENTY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Numer PESEL | | | | | | | | | | |  | | Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | | |  | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |  |  |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |

tytułem wykonawczym (np. wyrok sądu) z dnia: sygnatura akt: …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | , |  |  |

w wysokości miesięcznie: zł.

**EGZEKUCJA ALIMENTÓW – OKAZAŁA SIĘ BEZSKUTECZNA (1).**

(1) Za bezskuteczną uważa się egzekucję (art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 489) 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: braku podstawy prawnej do podjęcia czynności zmierzających do wykonania tytułu wykonawczego w miejscu zamieszania dłużnika, braku możliwości wskazania przez osobę uprawnioną miejsca zamieszkania dłużnika alimentacyjnego za granicą.

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

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