

Nazwa podmiotu realizującego świadczenia:	Poznańskie Centrum Świadczeń
Adres:	ul. Wszystkich Świętych 1 61-843 Poznań

## **WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO**

**Wniosek dotyczy okresu świadczeniowego 2021/2022**

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

### **CZĘŚĆ I**

#### **DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK O ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO, ZWANEJ DALEJ WNIOSKODAWCĄ:**

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Stan cywilny <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec

## ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu (nieobowiązkowo)	
Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)	

## SKŁADAM WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO NA NASTĘPUJĄCE OSOBY UPRAWNIONE DO ALIMENTÓW

### 1.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Zaznacz jeżeli osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Imię ojca	
Imię matki	
Nazwa i adres szkoły	

## 2.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Zaznacz jeżeli osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Imię ojca	
Imię matki	
Nazwa i adres szkoły	

## 3.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Zaznacz jeżeli osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Imię ojca	
Imię matki	
Nazwa i adres szkoły	

#### 4.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Zaznacz jeżeli osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Imię ojca	
Imię matki	
Nazwa i adres szkoły	

#### 5.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Zaznacz jeżeli osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Imię ojca	
Imię matki	
Nazwa i adres szkoły	

## **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 (czyli dłużnika alimentacyjnego).

## W SKŁAD MOJEJ RODZINY WCHODZĄ

### 1. WNIOSKODAWCA

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Urząd Skarbowy <sup>2</sup>	

### 2. DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

<sup>2</sup> Urząd Skarbowy do którego złożono zeznanie podatkowe

### 3.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

### 4.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

#### 5.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

#### 6.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	



## 7.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

## 8.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

#### 9.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

#### 10.DANE OSOBY WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Pokrewieństwo do wnioskodawcy	
Urząd Skarbowy	

**ZAZNACZ ORGAN, DO KTÓREGO SĄ OPŁACANE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE  
ZDROWOTNE ZA CIEBIE I CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych	<input type="checkbox"/>
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	<input type="checkbox"/>
Brak <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>
Inny <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>

**DANE DOTYCZĄCE DOCHODÓW**

**W roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy lub po tym roku, Ja lub członkowie mojej rodziny:**

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 wskazane w pouczeniu do oświadczenia o dochodach swoich albo członka rodziny osiągniętych w roku kalendarzowym poprzedzającym okres świadczeniowy, innych niż, dochody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

TAK     NIE

(w przypadku zaznaczenia TAK wypełnij dodatkowo oświadczenie o dochodzie Twoim lub członka/członków rodziny stanowiące załącznik nr 1 do wniosku)

Osiągnęli dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego

TAK     NIE

(w przypadku zaznaczenia TAK wypełnij dodatkowo oświadczenie o wielkości Twojego gospodarstwa rolnego lub gospodarstwa członka/członków rodziny wyrażonej w hektarach przeliczeniowych stanowiące załącznik nr 4 do wniosku).

---

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

4 Podaj nazwę i adres właściwej jednostki

Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz  
innych osób spoza rodziny w roku  
kalendarzowym 2020 wyniosła

--

**W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku:<sup>5</sup>**

- nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu
- nie nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu

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 (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.
- obniżeniem wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub obniżeniem dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych z powodu przeciwdziałania COVID-19 (na podstawie art. 150a ust. 1 ustawy z

---

<sup>5</sup> Zaznacz właściwe

dnia 2 marca 2020r. 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

**W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku<sup>6</sup>**

nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu

nie nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu

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.
- uzyskaniem dodatku solidarnościowego przyznanego na podstawie ustawy o dodatku solidarnościowym przyznawanym w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom COVID-19

---

<sup>6</sup> Zaznacz właściwe

**Przepisów o utracie i uzyskaniu dochodu nie stosuje się do dochodów 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**

### **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O BEZSKUTECZNOŚCI EGZEKUCJI ALIMENTÓW**

Organ prowadzący egzekucję alimentów	
--------------------------------------	--

#### **Dane adresowe organu prowadzącego egzekucję alimentów**

Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Data wszczęcia egzekucji	

**Oświadczam, że egzekucja alimentów należnych od:**

#### **Dane zobowiązanego do alimentów**

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	

**Adres miejsca zamieszkania zobowiązanego (jeżeli jest znany)**

Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Nazwa państwa <sup>7</sup>	
Zagraniczny kod pocztowy	

**Dane osoby, której przyznano alimenty****1.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ**

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	

**2.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ**

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	

<sup>7</sup> wypełnij w przypadku, gdy adres jest inny niż polski

### 3.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	

### 4.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	

### 5.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	



## 6.DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)	
Data urodzenia	

### Tytuł wykonawczy

tytułem wykonawczym (np. wyrok sądu) z dnia	
sygnatura akt	
w wysokości alimentów miesięcznie	

### EGZEKUCJA ALIMENTÓW W OKRESIE OSTATNICH DWÓCH MIESIĘCY OKAZAŁA SIĘ BEZSKUTECZNA<sup>8</sup>

TAK     NIE

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O MIEJSCU ZAMIESZKANIA, WIEKU, ZATRUDNIENIA I SYTUACJI EKONOMICZNEJ OSÓB ZOBOWIĄZANYCH WZGLĘDEM OSOBY UPRAWNIONEJ DO ALIMENTACJI, INNYCH NIŻ DŁUŻNIK ALIMENTACYJNY

Wpisz znane Tobie informacje dotyczące: imienia i nazwiska, miejsca zamieszkania, wieku, zatrudnienia oraz sytuacji ekonomicznej osób zobowiązanych do alimentacji, innych niż dłużnik alimentacyjny	
--	--

## CZĘŚĆ II (POUCZENIA I OŚWIADCZENIA)

### 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, 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 W przypadku gdy dochód rodziny w przeliczeniu na osobę w rodzinie przekracza kwotę, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy, o kwotę nie wyższą niż kwota świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługującego danej osobie uprawnionej w okresie świadczeniowym, na który jest ustalane prawo do tego świadczenia, świadczenie z funduszu alimentacyjnego przysługuje w wysokości różnicy między kwotą świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługującego danej osobie uprawnionej a kwotą, o którą został przekroczony dochód rodziny w przeliczeniu na osobę w rodzinie (art. 9 ust. 2a ustawy).
- 6 W przypadku gdy wysokość świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługującego danej osobie uprawnionej, ustalona zgodnie z powyższym mechanizmem jest niższa niż 100 zł, świadczenie to nie przysługuje (art. 9 ust. 2b ustawy).
- 7 Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują w wysokości bieżąco ustalonych alimentów, jednakże nie wyższej niż 500 zł (art. 10 ust. 1 ustawy).

- 8 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).
- 9 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.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 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.
- 13 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, 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.

**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.**

## **OŚWIADCZENIE 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 uczyć się w szkole lub w szkole wyższej	<input type="checkbox"/>
Nie będzie/ nie będą uczyć się w szkole lub w szkole wyższej	<input type="checkbox"/>

- 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.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia:**

Miejscowość	
Data	
Podpis wnioskodawcy	

**OŚWIADCZENIE 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 innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatne pełne utrzymanie.
- w kolejnym roku szkolnym lub akademickim

Będę uczyć się w szkole lub w szkole wyższej	<input type="checkbox"/>
Nie będę uczyć się w szkole lub w szkole wyższej	<input type="checkbox"/>

- 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.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia:**

Miejscowość	
Data	
Podpis wnioskodawcy	

**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, 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.**

**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.**

#### **DOKUMENTY DO WNIOSKU**

Do wniosku dołączam następujące dokumenty	
---	--

#### **PRYZNANE ŚWIADCZENIE PROSZĘ PRZEKAZYWAĆ:**

Karta przedpłacona (posiadam)	<input type="checkbox"/>
Karta przedpłacona (nie posiadam)	<input type="checkbox"/>
Nr rachunku bankowego	
Nazwa banku	

Osoba ubiegająca się o wypłatę świadczenia zobowiązana jest do informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na formę i sposób wypłaty świadczenia (np. zmiana numeru rachunku, banku, adresu zamieszkania).

KLIENT POZNAŃSKIEGO CENTRUM ŚWIADCZEŃ MOŻE WSKAZAĆ TYLKO JEDNĄ FORMĘ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ, KTÓRA BĘDZIE DOTYCZYŁA SPOSOBU PRZEKAZYWANIA WSZYSTKICH AKTUALNIE POBIERANYCH ŚWIADCZEŃ. W PRZYPADKU ZMIANY FORMY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ, NOWA FORMA BĘDZIE DOTYCZYŁA WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ POBIERANE PRZEZ KLIENTA

Miejscowość	
Data	
Podpis wnioskodawcy	