

## WZÓR

Organ właściwy wierzyciela*) realizujący zaliczkę alimentacyjną:
Adres:

### WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ZALICZKI ALIMENTACYJNEJ

Część I.

#### 1. Dane osoby ubiegającej się \*\*)

Imię i nazwisko	
PESEL ***)	NIP****)
Stan cywilny	Obywatelstwo
Miejsce zamieszkania	Telefon

#### 2. Wnoszę o ustalenie prawa do zaliczki alimentacyjnej dla:

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej	PESEL ***)	Rodzaj szkoły lub szkoły wyższej, do której uczęszcza osoba uprawniona
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

\*) Wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej.

\*\*) Wypełnia pełnoletnia osoba uprawniona do świadczenia alimentacyjnego na podstawie tytułu wykonawczego, osoba ucząca się w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) albo osoba samotnie wychowująca osobę niepełnoletnią, uprawnioną do świadczenia alimentacyjnego, którego egzekucja jest bezskuteczna.

\*\*\*\*) W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu).

**3. Dane członków rodziny, w tym dzieci do ukończenia 25 lat, a także dziecka, które ukończyło 25 rok życia legitymującego się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do członków rodziny nie zalicza się dziecka znajdującego się pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.**

W skład rodziny wchodzi:

1	.....	.....	.....	.....
	(imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy)
2	.....	.....	.....	.....
	(imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy)
3	.....	.....	.....	.....
	(imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy)
4	.....	.....	.....	.....
	(imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy)
5	.....	.....	.....	.....
	(imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy)

#### 4. Inne dane

4.1 Łączna kwota alimentów świadczonych przez członków rodziny na rzecz innych osób wyniosła w roku .....<sup>\*\*)</sup> ..... zł.....gr

4.2 Łączna kwota opłat poniesionych z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w roku .....<sup>\*\*)</sup> wyniosła .....zł.....gr

4.3 Dochód utracony z roku .....<sup>\*\*)</sup> miesięcznie wyniósł ..... zł.....gr

4.4 Dochód uzyskany w roku .....<sup>\*\*\*)</sup> miesięcznie wyniósł ..... zł.....gr

<sup>\*)</sup> W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

<sup>\*\*)</sup> Wpisać rok kalendarzowy, z którego dochód rodziny stanowi podstawę ustalenia prawa do zaliczki alimentacyjnej

<sup>\*\*\*)</sup> Wpisać rok, w którym osoba uzyskała dochód, po roku stanowiącym podstawę ustalenia prawa do zaliczki alimentacyjnej

#### Część II.

##### 1. Oświadczenie służące ustaleniu prawa do zaliczki alimentacyjnej

(oświadcza przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny osoby uprawnionej)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do zaliczki alimentacyjnej,
- osoba uprawniona, w imieniu której ubiegam się o zaliczkę alimentacyjną nie pozostaje w związku małżeńskim ani nie przebywa w rodzinie zastępczej, instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie,

- osoba uprawniona, w imieniu której ubiegam się o zaliczkę alimentacyjną nie jest uprawniona do zasiłku rodzinnego na własne dziecko,
- jestem panną/kawalerem/osobą pozostającą w separacji /osobą rozwiedzioną/wdową/wdowcem<sup>\*)</sup>,
- nie wychowuję co najmniej jednego dziecka razem z jego rodzicem<sup>\*)</sup>.

.....  
(data            podpis osoby ubiegającej się)

**2. Oświadczenie służące ustaleniu prawa do zaliczki alimentacyjnej**  
(oświadcza pełnoletnia osoba uprawniona lub osoba ucząca się)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do zaliczki alimentacyjnej,
- nie pozostaję w związku małżeńskim ani nie przebywam w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-lecznicznym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie,
- nie jestem uprawniona/ny do zasiłku rodzinnego na własne dziecko,
- osoba, która mnie wychowuje jest panną/kawalerem/osobą pozostającą w separacji /osobą rozwiedzioną/wdową/wdowcem<sup>\*)</sup> oraz nie wychowuje co najmniej jednego dziecka razem z jego rodzicem<sup>\*)</sup>).

.....  
(data            podpis osoby ubiegającej się)

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>\*\*)</sup> Nie dotyczy osoby uczącej się.

**W przypadku zmiany liczby członków rodziny lub innych zmian mających wpływ na prawo do zaliczki alimentacyjnej, zwłaszcza uzyskania dochodu, wyjazdu członka rodziny poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej, ukończenia przez osobę uprawnioną do zaliczki alimentacyjnej 18 roku życia lub 24 roku życia, jeżeli uczy się w szkole lub w szkole wyższej, oraz zmian w wysokości egzekwowanych przez komornika sądowego świadczeń alimentacyjnych osoba ubiegająca się jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić o tych zmianach organ właściwy wierzyciela.**

.....  
(data            podpis osoby ubiegającej się)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

## Pouczenie

Zaliczka alimentacyjna przysługuje osobie uprawnionej do świadczenia alimentacyjnego na podstawie tytułu wykonawczego, którego egzekucja jest bezskuteczna:

- 1) wychowywanej przez osobę samotnie wychowującą dziecko, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 2) wychowywanej przez osobę pozostającą w związku małżeńskim z osobą, która przebywa w zakładzie karnym powyżej 3 miesięcy albo jest całkowicie ubezwłasnowolniona;
- 3) uczącej się w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

Zaliczka alimentacyjna przysługuje, przez okres jednego roku, osobie uprawnionej do świadczenia alimentacyjnego na podstawie tytułu wykonawczego, którego egzekucja jest bezskuteczna, wychowywanej przez osobę pozostającą w związku małżeńskim, jeżeli osoba pozostająca w związku małżeńskim złożyła do sądu pozew o rozwód albo separację i spełnione są pozostałe warunki określone w ustawie.

Zaliczka alimentacyjna przysługuje osobie uprawnionej do ukończenia 18 roku życia albo, w przypadku gdy uczy się w szkole lub szkole wyższej, do ukończenia 24 roku życia.

Zaliczka alimentacyjna nie przysługuje, jeżeli osoba uprawniona:

- 1) przebywa w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie albo w rodzinie zastępczej;
- 2) zawarła związek małżeński;
- 3) jest uprawniona do zasiłku rodzinnego na własne dziecko.

.....  
(data            podpis osoby ubiegającej się)

### Część III.

Oświadczam<sup>\*)</sup>, że w roku kalendarzowym<sup>\*\*)</sup>..... uzyskałam/em dochód z działalności opodatkowanej w formie:  
(zakreślić odpowiedni kwadrat)

- ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych
- karty podatkowej

w wysokości .....zł...gr.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>\*)</sup> Wypełnia osoba uzyskująca dochód z pozarolniczej działalności gospodarczej rozliczająca się na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne

<sup>\*\*)</sup> Wpisać rok kalendarzowy, z którego dochód rodziny stanowi podstawę ustalenia prawa do zaliczki alimentacyjnej

#### Część IV.

Oświadczam<sup>\*)</sup>, że w roku kalendarzowym<sup>\*\*)</sup> ..... uzyskałam/em  
dochód niepodlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych  
w wysokości ..... zł ... gr

z tytułu:

1. utrzymywania się z gospodarstwa rolnego<sup>\*\*\*)</sup> .....zł  
(powierzchnia gospodarstwa w ha przeliczeniowych .....)
2. ....
3. ....
4. ....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*) Wypełnia osoba uzyskująca dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w tym osoba utrzymująca się z gospodarstwa rolnego

\*\*) Wpisać rok kalendarzowy, z którego dochód rodziny stanowi podstawę ustalenia prawa do zaliczki alimentacyjnej

\*\*\*) 12x liczba ha przeliczeniowych x miesięczny dochód z ha przeliczeniowego

#### Pouczenie

Oświadczenie obejmuje następujące dochody w zakresie niepodlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym (art. 3 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych):

- renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
- renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,

- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.),
- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, przepisach Prawo o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2003 r. Nr 118, poz. 1112, z późn. zm.),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003 - 2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich.

Część V.

(Wypełnia organ właściwy wierzyciela realizujący zaliczkę alimentacyjną)

1. Dochody członków rodziny osiągnięte w roku kalendarzowym .....

Lp.	Członkowie rodziny (imię i nazwisko)	Dochody (w zł)			Ogółem
		Dochód opodatkowany podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych <sup>*)</sup>	Zadeklarowany w części III wniosku dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne <sup>**)</sup>	Inny zadeklarowany w części IV wniosku dochód niepodlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.	Razem				

2. Ogółem w ..... r. rodzina uzyskała dochód..... zł.....gr

3. Dochód roczny rodziny po odliczeniu zobowiązań, o których mowa w części I pkt 4.1 i 4.2 wniosku wyniósł.....zł.....gr

4. Miesięczny dochód rodziny (dochód z pozycji 3 należy podzielić przez liczbę 12) wyniósł .....zł.....gr

5. Miesięczny dochód rodziny po odliczeniu utraconego dochodu/doliczeniu uzyskanego dochodu<sup>\*\*\*)</sup>, o których mowa w części I pkt 4.3 i 4.4 wniosku wyniósł.....zł.....gr

6. Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł.....zł.....gr

.....  
( miejscowość                                  data )

.....  
(podpis pracownika)

<sup>\*)</sup> Przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne

<sup>\*\*)</sup> Pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne

<sup>\*\*\*)</sup> Niepotrzebne skreślić