



Zachodniopomorski
Urząd Wojewódzki

Wydział Koordynacji Świadczeń

.....
miejscowość, data

.....
mię i nazwisko

.....
ulica, nr domu/lokalu

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon kontaktowy

.....
PESEL

WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE

Wniosek o udzielenie ulgi w spłacie nienależnie pobranych świadczeń

W związku z decyzją Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w sprawie nienależnie pobranych świadczeń rodzinnych i/lub świadczenia wychowawczego:

Nr.....z dnia.....

zwracam się o udzielenie ulgi w spłacie zgodnie z poniższą deklaracją:

RODZAJ ULGI W ZAKRESIE NALEŻNOŚCI GŁÓWNEJ WRAZ Z ODSETKAMI USTAWOWYMI ZA OPÓŹNIENIE		TAK	NIE
1	Rozłożenie należności głównej wraz z odsetkami na raty – (maksymalna możliwość rozłożenia na 24 raty)*		
	Ilość rat		
2	Odroczenie płatności należności głównej wraz z odsetkami		
	Wnioskowany termin spłaty należności głównej wraz z odsetkami (data, do której nastąpi spłata – nie dłuższy niż 12 miesięcy od dnia sporządzenia wniosku)		
3	Umorzenie należności głównej		
4	Umorzenie odsetek		

***odsetki naliczane są do dnia całkowitej spłaty**

Uzasadnienie wniosku - informacja o szczególnych okolicznościach mających wpływ na aktualną sytuację rodziny.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Na podstawie art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego wnoszę o przeprowadzenie dowodu z niniejszego oświadczenia i załączonych dokumentów.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczenie o aktualnej sytuacji materialno-bytowa mojej rodziny

- proszę wskazać dane dotyczące okresu trzech ostatnich pełnych miesięcy.
- w przypadku wniosku o udzielenie ulgi w spłacie nienależnie pobranych świadczeń dotyczącego umorzenia należności do wniosku należy załączyć dokumenty potwierdzające dane wskazane we oświadczeniu (aktualne faktury, rachunki, zaświadczenia z PUP, ZUS, od pracodawcy, kserokopie wyroków, orzeczeń, itp.).

1.Struktura rodziny

Podstawowe informacje dotyczące rodziny:

Imię i nazwisko członka rodziny	Data urodzenia	Pokrewieństwo/relacja do wnioskodawcy
Wnioskodawca		-

Rozwód lub separacja małżonków – proszę zaznaczyć właściwe:

telefon: +48 91 4303 091
adres e-mail: ks@szczecin.uw.gov.pl

Adres: Wały Chrobrego 4
70-502 Szczecin
strona: www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski

Rozwód	Tak/nie
Separacja	Tak/nie
Orzeczone/a w dniu	
Orzeczone/a przez	

Alimenty otrzymywane na dzieci lub innych członków rodziny – proszę zaznaczyć właściwe:

Alimenty	Tak/nie
Orzeczone w dniu	
Orzeczone przez	
Wyrok prawomocny od	
Na dziecko/dzieci	
Na innych członków rodziny (proszę wskazać imię i nazwisko)	
Alimenty zasądzone od-(proszę wskazać imię i nazwisko)	
Łączna miesięczna zasądzona kwota alimentów	
Łączna miesięczna kwota alimentów otrzymywanych	
Alimenty są płacone przez osobę zobowiązaną	tak/nie
Świadczenie alimentacyjne jest pobierane z Funduszu Alimentacyjnego	tak/nie
Toczy się postępowanie egzekucyjne przeciwko dłużnikowi alimentacyjnemu	tak/nie
Postępowanie egzekucyjne przeciwko dłużnikowi alimentacyjnemu jest skuteczne	tak/nie

Postępowanie egzekucyjne przeciwko dłużnikowi alimentacyjnemu nie zostało wszczęte z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

1. Sytuacja zawodowa członków rodziny

Członkowie rodziny aktywni zawodowo:

Imię i nazwisko członka rodziny	Miejsce aktywności zawodowej

Członkowie rodziny nieaktywni zawodowo:

Imię i nazwisko członka rodziny	Przyczyna braku aktywności zawodowej/nazwa szkoły

2. Struktura miesięcznych dochodów uzyskiwanych przez członków rodziny.

Podstawowe źródła dochodu rodziny:

dochodem rodziny mogą być wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, stypendium, zasiłek dla bezrobotnych, dochód z najmu, dzierżawy, alimenty, umowa zlecenie, umowa o dzieło, dochód z gospodarstwa rolnego, dochód z prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej, zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek macierzyński/tacierzyński, itp.

Imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód	Rodzaj dochodu	Miesięczna wysokość dochodu netto (w walucie, w której świadczenie jest wypłacane)	Okres pobierania

Inne źródła dochodu rodziny:

Pomoc finansowa ze strony rodziny	tak/nie
Miesięczna wysokość uzyskiwanej pomocy	
Gospodarstwo rolne:	tak/nie
	Powierzchnia w hektarach przeliczeniowych:
Inne (proszę wskazać jakie)	

Aktualne pobierane świadczenia rodzinne i świadczenia z pomocy społecznej:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia	Okres pobierania świadczenia ⁵
Zasiłek rodzinny wraz z dodatkami		
Zasiłek pielęgnacyjny		
Świadczenie pielęgnacyjne		

Specjalny zasiłek opiekuńczy		
Zasiłek dla opiekuna		
Zasiłek okresowy		
Zasiłek celowy		
Dodatek mieszkaniowy		
Stypendium socjalne		
Stypendium szkolne		
Fundusz alimentacyjny		
Świadczenie rodzicielskie 1000 PLN		
Świadczenie wychowawcze „800 plus”		
Świadczenie „Aktywny Rodzic”		
Świadczenie Rodzinny Kapitał Wychowawczy		
Inne świadczenia z zakresu pomocy społecznej		

Nie korzystam ze świadczeń z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

Świadczenia rodzinne z innego państwa:

Imię i nazwisko dziecka	Państwo wypłacające świadczenie	Miesięczna wysokość świadczenia (w walucie państwa, które wypłaca świadczenie)

3. Struktura miesięcznych wydatków rodziny

telefon: +48 91 4303 091
 adres e-mail: ks@szczecin.uw.gov.pl

Adres: Wały Chrobrego 4
 70-502 Szczecin
 strona: www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski

Podstawowe **miesięczne** wydatki:

W przypadku rachunków opłacanych rzadziej niż raz w miesiącu (np. co 2 miesiące, raz w roku), wysokość rachunku należy podzielić przez odpowiednią ilość miesięcy i wskazać miesięczną wysokość wydatku.

Rodzaj wydatku	Miesięczna wysokość wydatku
Energia	
Gaz	
Czynsz	
Woda	
Ścieki	
Wywóz śmieci	
Ogrzewanie	
TV, internet	
Telefon	
Ubezpieczenie na życie	
Ubezpieczenie samochodu	
Ubezpieczenie domu/mieszkania	
Ochrona zdrowia (leki, wizyty lekarskie)	
Żywność	
Środki czystości	
Odzież	
Artykuły szkolne	
Żłobek, przedszkole, szkoła	
Paliwo	
Inne	

Wydatki związane ze spłatą kredytów i pożyczek:

Przeznaczenie kredytu/pożyczki	Kwota pozostała do spłaty	Wysokość miesięcznej raty	Planowany termin spłaty zobowiązania

4. Sytuacja zdrowotna członków rodziny

Członkowie rodziny z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko członka rodziny z niepełnosprawnością	Okres, na jaki zostało wydane orzeczenie o niepełnosprawności

W przypadku braku orzeczenia proszę wskazać przyczynę:

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

Członkowie rodziny chorujący przewlekłe:

Imię i nazwisko członka rodziny chorującego przewlekłe	Rodzaj choroby

5. Sytuacja majątkowa: między małżonkami występuje:

Wspólność majątkowa:	Tak/nie ¹
Rozdzielność majątkowa:	Tak/nie ¹

Aktualne miejsce zamieszkania:

Rodzaj lokalu (mieszkanie własnościowe, mieszkanie spółdzielcze, komunalne, socjalne, wynajęte, dom własny, wynajęty, inne.):	
Powierzchnia lokalu w m kw.:	
Powierzchnia działki w m kw.	
Liczba pomieszczeń (łącznie z kuchnią):	

Posiadany majątek nieruchomy:

Rodzaj nieruchomości (dom, mieszkanie, działka budowlana)	Miejsce lokalizacji	Rok zakupu/budowy	Szacowana wartość

Posiadane pojazdy (samochód, motocykl lub inny pojazd).:

Marka	Rok produkcji	Rok zakupu	Szacowana wartość

Posiadane sprzęty o wartości powyżej 10.000,00 zł (antyki, inne):

.....

Oszczędności na rachunku bankowym (w zł)	tak/nie
Oszczędności na rachunku bankowym (w walucie obcej)	tak/nie
Lokaty bankowe (w zł)	tak/nie
Lokaty bankowe (w walucie obcej)	tak/nie
Papiery wartościowe	tak/nie

Zobowiązania wobec ZUS, innych instytucji publicznych, kontrahentów lub osób i podmiotów.

Imię i nazwisko członka rodziny oraz podmiot, wobec którego posiada zobowiązanie.	Kwota zobowiązania	Planowany termin spłaty zobowiązania	Miesięczna wysokość raty

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające dane wskazane w oświadczeniu:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego o brzmieniu „Kto

telefon: +48 91 4303 091
 adres e-mail: ks@szczecin.uw.gov.pl

Adres: Wały Chrobrego 4
 70-502 Szczecin
 strona: www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski

składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8" i oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Zgodnie z art. 10 § 1 k.p.a., przysługuje Pani/Panu prawo do zapoznania się z aktami sprawy i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów. Na podstawie art. 73 k.p.a. przysługuje Pani/Panu prawo do zapoznania się z aktami sprawy również po zakończeniu postępowania.

Zapoznanie się z aktami sprawy możliwe jest w siedzibie Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie, Wały Chrobrego 4, 70-502 Szczecin. W celu umówienia wizyty należy skontaktować się telefonicznie z Punktem Obsługi Klienta od poniedziałku do piątku, w godz. od 8.00 do 15.00, nr. tel. 91 43 03 070 lub wysyłając e-mail na adres poczty elektronicznej: ks@szczecin.uw.gov.pl.