

.....
(miejsowość, data)

**Do Prezesa Sądu Okręgowego w Świdnicy
Pl. Grunwaldzki 14
58-100 Świdnica**

**WNIOSEK OSOBY UPRAWNIONEJ DO UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ALIMENTACYJNYCH
Z ZAGRANICY**

Ja, niżej podpisany (-na), działając jako przedstawiciel ustawowy
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

małoletnich dzieci :

1),
(imię i nazwisko uprawnionego dziecka)

2),
(imię i nazwisko uprawnionego dziecka)

3),
(imię i nazwisko uprawnionego dziecka)

4),
(imię i nazwisko uprawnionego dziecka)

wnoszę o dochodzenie roszczeń alimentacyjnych od zobowiązanego/-ej,
(imię i nazwisko osoby zobowiązanej)

Zaległość alimentacyjna na dzień wynosi zł
(data obliczenia zaległości) (dokładna kwota zaległości)

Uzasadnienie

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

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

Dane małoletnich dzieci:

1)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr identyfikacyjny PESEL

Imię i nazwisko matki dziecka

Imię i nazwisko ojca dziecka

Dziecko pochodzi ze związku małżeńskiego/pozamałżeńskiego*

Adres zameldowania dziecka
(ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

Adres zamieszkania dziecka
(adres faktycznego pobytu) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

2)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr identyfikacyjny PESEL

Imię i nazwisko matki dziecka

Imię i nazwisko ojca dziecka

Dziecko pochodzi ze związku małżeńskiego/pozamałżeńskiego*

Adres zameldowania dziecka
(ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

Adres zamieszkania dziecka
(adres faktycznego pobytu) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

* zaznaczyć właściwe

3)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr identyfikacyjny PESEL

Imię i nazwisko matki dziecka

Imię i nazwisko ojca dziecka

Dziecko pochodzi ze związku małżeńskiego/pozamałżeńskiego*

Adres zameldowania dziecka
(ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

Adres zamieszkania dziecka
(adres faktycznego pobytu) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

4)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr identyfikacyjny PESEL

Imię i nazwisko matki dziecka

Imię i nazwisko ojca dziecka

Dziecko pochodzi ze związku małżeńskiego/pozamałżeńskiego*

Adres zameldowania dziecka
(ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

Adres zamieszkania dziecka
(adres faktycznego pobytu) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

* zaznaczyć właściwe

Dane wnioskodawcy – przedstawiciela ustawowego małoletnich dzieci:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr identyfikacyjny PESEL

Zawód

Stan cywilny.....

Adres zameldowania
(ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

Adres zamieszkania.....
(adres faktycznego pobytu, dla doręczeń) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

Nr telefonu.....

Adres poczty elektronicznej

Dane rachunku bankowego wnioskodawcy (WYMAGANE):

Imię i nazwisko posiadacza rachunku

Nazwa banku

Kod SWIFT/BIC banku..... (WAŻNE)

Międzynarodowy nr rachunku bankowego IBAN

Dane osoby zobowiązanej do alimentacji:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr identyfikacyjny PESEL

Zawód

Stan cywilny.....

Kraj aktualnego pobytu zobowiązanego/-ej

Dokładny adres zamieszkania zobowiązanego/-ej **za granicą**.....

.....

Inne informacje dotyczące zobowiązanego/-ej:

.....

.....

.....

.....

Dane adresowe osób bliskich zobowiązanego/-ej (np. rodziców, rodzeństwa):

....., , zam.
(imię i nazwisko) (stopień pokrewieństwa) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

....., , zam.
(imię i nazwisko) (stopień pokrewieństwa) (ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- kserokopia wyroku (lub innego orzeczenia) zasądającego alimenty