.....
(Imię i Nazwisko)

.....
.....
(Adres)

ZOBOWIĄZANIE

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 07 września 2007 roku o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz.U 2015 poz. 859 z późn.zm.)- W przypadku wystąpienia zmian w liczbie członków rodziny, uzyskania lub utraty dochodu albo innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego osoba uprawniona albo jej przedstawiciel ustawowy, którzy złożyli wniosek o przyznanie świadczenia są zobowiązani do niezwłocznego powiadomienia o tym organu wypłacającego świadczenia.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Skwierzynie w przypadku:

- gdy nastąpi zmiana ilości członków mojej rodziny,
- umieszczenia osoby uprawnionej do świadczenia w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie lub w pieczy zastępczej,
- zawarcia związku małżeńskiego (przez osobę uprawnioną do świadczeń, wnioskodawcę lub innego członka rodziny),
- uzyskania dochodu (np. podjęcia pracy, uzyskania prawa do zasiłku dla bezrobotnych, zakończeniem urlopu wychowawczego, uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego, rozpoczęcia pozarolniczej działalności gospodarczej lub jej wznowienia, uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłki macierzyńskiego),
- utraty dochodu (np. utrata zatrudnienia, utrata prawa do zasiłku dla bezrobotnych, uzyskanie prawa do urlopu wychowawczego, wyrejestrowanie pozarolniczej działalności gospodarczej, utrata zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego),
- nastąpi uchylenie obowiązku alimentacyjnego,
- nastąpi zmiana wysokości zasądzonych alimentów (należy dostarczyć kserokopię wyroku),
- otrzymania alimentów (od dłużnika alimentacyjnych lub Komornika Sądowego) w okresie pobierania świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
- rezygnacji ze szkoły przez osobę uprawnioną,
- skreślenia z listy uczniów osoby uprawnionej.

Zostałam/em pouczony, iż niepoinformowanie organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń z funduszu alimentacyjnego tj. Ośrodka Pomocy Społecznej w Skwierzynie, o zmianach wymienionych powyżej, może skutkować powstaniem nienależnie pobranych świadczeń, a w konsekwencji koniecznością ich zwrotu.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)