

## K w e s t i o n a r i u s z

### do wniosku o zgodę na rozłożenie płatności na raty

1. **Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_  
**Adres:** \_\_\_\_\_
2. **Stan cywilny:** \_\_\_\_\_
3. **Wykonywany zawód:** \_\_\_\_\_
4. (wypełnić tylko wówczas, gdy dzieci mieszkają w gospodarstwie domowym lub pozostają na utrzymaniu)

**Liczba dzieci** \_\_\_\_\_

Wiek dzieci:

1. dziecko \_\_\_\_\_

2. dziecko \_\_\_\_\_

3. dziecko \_\_\_\_\_

Wysokość dochodu w przypadku własnego dochodu dzieci powyżej 14. roku życia mających prawo do utrzymania:

1. dziecko \_\_\_\_\_

2. dziecko \_\_\_\_\_

3. dziecko \_\_\_\_\_

5. Inne osoby, które Państwo **utrzymują**:

(Imię i nazwisko) \_\_\_\_\_ Wysokość utrzymania w euro \_\_\_\_\_

(Imię i nazwisko) \_\_\_\_\_ Wysokość utrzymania w euro \_\_\_\_\_

6. Została ustanowiona **opieka prawna**:

nie

tak

Jeśli tak:

pełna

w niektórych dziedzinach

piecza nad majątkiem

opieka medyczna

ustalanie miejsca pobytu

reprezentowanie osoby pozostającej pod opieką w postępowaniach sądowych

reprezentowanie przed organami władzy

inne dziedziny: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

7. **Moje warunki majątkowe**

W przypadku osoby pracującej: dochód netto \_\_\_\_\_ euro/miesiąc

- W przypadku osoby bezrobotnej:            zasiłek dla bezrobotnych \_\_\_\_\_ euro/miesiąc od \_\_\_\_\_
- W przypadku osoby chorej:                    zasiłek chorobowy \_\_\_\_\_ euro/miesiąc od \_\_\_\_\_
- W przypadku osoby w związku małżeńskim: dochód netto współmałżonka \_\_\_ euro/miesiąc od \_\_\_
- Wysokość innych przychodów:                \_\_\_\_\_ euro/miesiąc      rodzaj przychodu: \_\_\_\_\_
- Nie płacę podatku dochodowego:            łączny dochód w poprzednim roku: \_\_\_\_\_ euro

8. **Wartość majątku** (własność gruntowa itd.): \_\_\_\_\_ euro

9. W przypadku własności gruntowej:

**Właściwy urząd ksiąg wieczystych/sąd rejonowy:** \_\_\_\_\_

10. **Miesięczne wydatki** na:

- Wynajem: \_\_\_\_\_ euro
- Woda, ogrzewanie, prąd: \_\_\_\_\_ euro
- Inne (telefon itd.): \_\_\_\_\_ euro
- Ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ euro
- Zobowiązania ratalne:
  - Nazwa i adres wierzycieli \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Wysokość zobowiązań: \_\_\_\_\_ euro
  - Miesięczna rata \_\_\_\_\_ euro

11. **Inne otwarte postępowania w przedmiocie wykonania kary**

Sygnatura akt \_\_\_\_\_ Prokuratura \_\_\_\_\_

Sygnatura akt \_\_\_\_\_ Prokuratura \_\_\_\_\_

Sygnatura akt \_\_\_\_\_ Prokuratura \_\_\_\_\_

Sygnatura akt \_\_\_\_\_ Prokuratura \_\_\_\_\_

12. **Szczególne powody wpływające negatywnie na zdolność zapłaty** (np. choroba współmałżonka, dziecka itd.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. **Propozycja dotycząca rat** \_\_\_\_\_ euro

płatne zawsze do: \_\_\_\_\_ miesiąca

OŚWIADCZENIE:

Wyrażam zgodę na pozyskiwanie informacji od urzędu skarbowego oraz zakładów ubezpieczeń emerytalnych i społecznych oraz udzielam podmiotom tym pozwolenia na przekazywanie informacji o moim dochodzie, moich obrotach i innych kwestiach podatkowych, które mnie dotyczą.

Zapewniam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Miejscowość, data, podpis