

Wyślij formularz do
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Można skorzystać z tego formularza, mając dług wobec Försäkringskassan z tytułu niezapłaconych alimentów na dzieci, którego nie jest się w stanie spłacić.

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko		Osobisty numer identyfikacyjny (12 cyfr)	
Adres		Pocztowy numer adresowy i miejscowość	

2. Uzasadnienie

Prosimy o opisanie, dlaczego nie jest Pan/Pani w stanie spłacić długu

3. Informacje o Pana/Pani warunkach mieszkaniowych

Tutaj należy podać swoje warunki mieszkaniowe. Prosimy o przesłanie dokumentów potwierdzających te informacje. Dane dotyczące odsetek i rat dotyczą jedynie hipotecznych kredytów mieszkaniowych z mieszkaniem jako zabezpieczeniem (hipoteką), a nie innych kredytów.

<input type="checkbox"/> Mieszkam w wynajętym mieszkaniu		<input type="checkbox"/> Mieszkam we własnym mieszkaniu własnościowym	<input type="checkbox"/> Mieszkam we własnej nieruchomości	<input type="checkbox"/> Wynajmuję pokój
<input type="checkbox"/> Inne zakwaterowanie				
Metrach kwadratowych	koron miesięcznie		koron miesięcznie	
	Czynsz lub opłata		Raty kredytów mieszkaniowych	
	Ogrzewanie (z wyłączeniem energii elektrycznej)		Odsetki od kredytów mieszkaniowych	koron miesięcznie
Pozostałe koszty dla mieszkających we własnej nieruchomości, jak na przykład wywóz śmieci, woda i kanalizacja, opłata za czyszczenie kominów, opłata za użytkowanie wieczyste, opłata wspólnotowa, ubezpieczenie domu lub mieszkania własnościowego (kwota dodatkowa na ubezpieczenie domu lub mieszkania własnościowego, nie część stanowiąca ubezpieczenie mieszkaniowe).				

4. Osoby, z którymi Pan/Pani mieszka

Czy mieszka Pan/Pani samotnie Nie Tak. Przejść do punktu 5.

Małżonek/małżonka/konkubent/konkubina

Imię i nazwisko	Osobisty numer identyfikacyjny (12 cyfr)
-----------------	--

Dzieci

Dzieci, które mieszkają z Panem/Panią przez cały czas - wpisać osobisty numer identyfikacyjny (12 cyfr)			
Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny
Dzieci, które mieszkają z Panem/Panią przez połowę czasu - wpisać osobisty numer identyfikacyjny (12 cyfr)			
Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny
Dzieci, które mieszkają z Panem/Panią przez mniej niż połowę czasu - wpisać osobisty numer identyfikacyjny (12 cyfr)			
Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny	Osobisty numer identyfikacyjny

Inne osoby

Czy mieszka z Panem/Panią sublokator lub inny członek rodziny? Tak Nie

5. Dane dotyczące dzieci

Prosimy o przesłanie dokumentów potwierdzających koszt opieki nad dziećmi.

Koszty i alimenty na dzieci

Opieka nad dziećmi	koron miesięcznie
Alimenty, które Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek/małżonka/konkubent/konkubina	koron miesięcznie
Otrzymuje bezpośrednio od drugiego rodzica Alimenty, które Pan/Pani płaci bezpośrednio drugiemu rodzicowi na dzieci, które nie mieszkają z Panem/Panią	koron miesięcznie

Dochód mieszkających z Panem/Panią dzieci

Numer ewidencyjny (12 cyfr) koron miesięcznie	Numer ewidencyjny (12 cyfr) koron miesięcznie
Numer ewidencyjny (12 cyfr) koron miesięcznie	Numer ewidencyjny (12 cyfr) koron miesięcznie

Świadczenia dzieci z Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten i CSN

Zasilek alimentacyjny	koron miesięcznie
Zasilek na dziecko i dodatek dla rodzin wielodzietnych	koron miesięcznie
Renta rodzinna/renta sieroca	koron miesięcznie
Zasilek na naukę, inne dodatki	koron miesięcznie

6. Dane dotyczące dochodów**6.a Czy Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek/małżonka/konkubent/konkubina ma dochód z pracy?**

Tutaj należy podać wynagrodzenie swoje oraz wynagrodzenie małżonka/małżonki/konkubenta/konkubiny. Prosimy o podanie kwoty przed opodatkowaniem. Prosimy o przesłanie dokumentów potwierdzających te informacje.

<input type="checkbox"/> Nie			
<input type="checkbox"/> Tak Prosimy o podanie			
		Pana/Pani dochód	Dochód małżonka/małżonki/ konkubenta/konkubiny
Wynagrodzenie włącznie z wynagrodzeniem za nadgodziny, dodatkiem za pracę w niedogodnych godzinach itd.		koron miesięcznie	koron miesięcznie
Inne podlegające opodatkowaniu rekompensaty (na przykład ulga lub ulga samochodowa)		koron miesięcznie	koron miesięcznie
Wynagrodzenie		koron miesięcznie	koron miesięcznie
Inne dochody		koron miesięcznie	koron miesięcznie

6.b Czy Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek/małżonka/konkubent/konkubina otrzymuje wypłaty z Försäkringskassan lub Pensionsmyndigheten?

Tutaj należy wpisać płatności, które Pan/Pani i Pana/Pani małżonek/małżonka/konkubent/konkubina otrzymuje z Försäkringskassan lub Pensionsmyndigheten.

Nie trzeba załączać dokumentów potwierdzających te informacje, ponieważ informacje te znajdują się w naszych rejestrach. Jednak czas postępowania będzie znacznie krótszy, jeżeli potwierdzi Pan/Pani te.

<input type="checkbox"/> Nie			
<input type="checkbox"/> Tak Prosimy o podanie			
		Pana/Pani dochód	Dochód małżonka/małżonki/ konkubenta/konkubiny
Wynagrodzenie włącznie z wynagrodzeniem za nadgodziny, dodatkiem za pracę w niedogodnych godzinach itd.		koron miesięcznie	koron miesięcznie
Emerytura/renta		koron miesięcznie	koron miesięcznie
Renta inwalidzka, renta dożywotnia, zasiłek		koron miesięcznie	koron miesięcznie
Świadczenie	Dni w tygodniu	koron dziennie	Dni w tygodniu koron dziennie
Zasiłek	Dni w tygodniu	koron dziennie	Dni w tygodniu koron dziennie
Zasiłek rodzicielski	Dni w tygodniu	koron dziennie	Dni w tygodniu koron dziennie
Zasiłek/dodatek mieszkaniowy		koron dziennie	

6.c Czy Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek/małżonka/konkubent/konkubina otrzymuje jakieś inne płatności?

Tutaj należy wpisać Pana/Pani i Pana/Pani małżonka/małżonki/konkubenta/konkubiny emeryturę pracowniczą i płatności otrzymywane od innych organów i in. Prosimy o podanie kwoty przed opodatkowaniem. Prosimy o przesłanie dokumentów potwierdzających te informacje.

Otrzymuję/otrzymujemy pomoc społeczną od gminy

	Pana/Pani dochód	Dochód małżonka/małżonki/ konkubenta/konkubiny
Wynagrodzenie włącznie z wynagrodzeniem za nadgodziny, dodatkiem za pracę w niedogodnych godzinach itd.	koron miesięcznie	koron miesięcznie
Emerytura pracownicza/emerytura na podstawie układu zbiorowego	koron miesięcznie	koron miesięcznie
Ubezpieczenie na podstawie układu zbiorowego (np. AFA Försäkring)	koron miesięcznie	koron miesięcznie
Prywatne ubezpieczenie emerytalne	koron miesięcznie	koron miesięcznie
Emerytura z zagranicy	koron miesięcznie	koron miesięcznie
Inne dochody _____	koron miesięcznie	koron miesięcznie

Fundusz dla bezrobotnych	Dni w tygodniu	koron dziennie	Dni w tygodniu	koron dziennie
Pobieranie nauki ze wsparciem finansowym dla osób uczących się		koron miesięcznie		koron miesięcznie

6.d Dochody z kapitału i dochody z działalności gospodarczej

Dochód z kapitału mogą stanowić na przykład odsetki od środków na rachunkach bankowych, dywidendy, zysk kapitałowy przy sprzedaży akcji lub mieszkania, albo dochód z wynajmu prywatnego mieszkania.

Jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek/małżonka/konkubent/konkubina osiąga dochód z działalności gospodarczej, należy podać szacowany roczny dochód.

Prosimy o przesłanie dokumentów potwierdzających te informacje. Dochód z działalności gospodarczej może na przykład zostać potwierdzony wstępną deklaracją.

	Pana/Pani dochód	Dochód małżonka/małżonki/ konkubenta/konkubiny
Dochód z kapitału	koron	koron
Dochód z działalności gospodarczej	Szacowany roczny dochód koron	Szacowany roczny dochód koron

7. Pana/Pani aktywa i aktywa wspólne z Pana/Pani małżonkiem/małżonką/konkubentem/konkubina

Środki na rachunkach bankowych, akcje, obligacje, jednostki uczestnictwa funduszy	Kwota	koron
Nieruchomość inna niż nieruchomość, w której Pan/Pani mieszka	Wartość	koron
Inne mienie, takie jak samochód, łódź lub przyczepa kempingowa	Warto	koron
Roszczenia pieniężne	Kwota	koron

8. Koszty dojazdów do i z pracy

Tutaj należy podać koszty ponoszone przez Pana/Panią/Was z tytułu dojazdów do i z pracy transportem publicznym (na przykład autobusem lub pociągiem) lub własnym samochodem. Koszty podróży własnym samochodem należy podać wyłącznie w przypadku, jeżeli ma Pan/Pani co najmniej pięć kilometrów do pracy i co najmniej dwie godziny dziennie spędza Pan/Pani prowadząc samochód.

	Pana/Pani koszty		Koszty małżonka/małżonki/ konkubenta/konkubiny	
Podróże transportem		koron miesięcznie		koron miesięcznie
Podróże własnym samochodem	km dziennie	koron miesięcznie	km dziennie	koron miesięcznie
Wprowadź adres i lokalizację miejsca pracy				

9. Pozostałe koszty

Tutaj można podać koszty na przykład lekarstw, opieki medycznej, opieki domowej, dojazdów związanych z opieką medyczną, usług transportowych dla osób niepełnosprawnych, koszty opiekuna/kuratora. Prosimy o przesłanie paragonów lub rachunków, które potwierdzają te informacje.

Nie należy podawać zwykłych kosztów utrzymania, takich jak jedzenie, ubrania, energię elektryczną w gospodarstwie domowym, telefon, abonament TV, Internet i ubezpieczenia. Försäkringskassan obliczając Pana/Pani zdolność płatniczą stosuje standardową kwotę dla tego rodzaju kosztów.

Rodzaj kosztu	Koron miesięcznie
Rodzaj kosztu	Koron miesięcznie
Rodzaj kosztu	Koron miesięcznie
Rodzaj kosztu	Koron miesięcznie
Rodzaj kosztu	Koron miesięcznie

10. Załączniki, które Pan/Pani dołącza

Poniższe załączniki należy przesłać.

- Dokumenty potwierdzające koszty mieszkaniowe z punktu 3
- Dokumenty potwierdzające dane o dochodach Pana/Pani i Pana/Pani małżonka/małżonki/konkubenta/konkubiny z punktu 6.a, 6.b i 6.c.

Można również przesłać inne załączniki, na przykład informacje do punktu 2 lub 11 formularza.

Poniższe załączniki należy przesłać w niektórych przypadkach.

- Wstępna deklaracja Pana/Pani i Pana/Pani małżonka/małżonki/konkubenta/konkubiny (jeżeli któreś z Was posiada dochód z działalności gospodarczej lub kapitału)

11. Pozostałe informacje

	<input type="checkbox"/> Dostarczam informacje w załączniku
--	---

12. Podpis

Oświadczam z honorem i sumieniem, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.

Wiem, że mogę być zmuszony do zwrotu niesłusznie wypłaconego odszkodowania. Wiem, że mogę popełnić przestępstwo, jeśli podam nieprawidłowe lub niepełne informacje lub jeśli nie powiadomię Försäkringskassan o zmianie informacji.

Data (rok, miesiąc, dzień)	Podpis	Telefon
----------------------------	--------	---------

Przeczytaj więcej na temat przetwarzania danych osobowych przez Försäkringskassan na stronie forsakringskassan.se