

Sierpc, dn. ....

Wnioskodawca: .....

.....

.....

.....

tel. kontaktowy: .....

PESEL: .....

**Burmistrz miasta Sierpc**

**ul. Piastowska 11a**

**09-200 Sierpc**

**Wniosek**

Proszę o:

1. Odroczenie – zwolnienie z\* zasadniczej służby wojskowej ze względu na:  
konieczność sprawowania bezpośredniej opieki nad członkiem rodziny.
2. Uznanie za posiadającego na wyłącznym utrzymaniu członków rodziny.

Osoby której doręczono kartę powołania – żołnierza\* .....  
nazwisko i imię

syn ..... rok urodzenia .....  
imię ojca

zam. w .....

- odbywającego zasadniczą służbę wojskową w Jednostce Wojskowej  
nr ..... adres jednostki .....  
.....
- powołany do służby wojskowej przez Wojskową Komendę Uzupełnień  
w Płocku \*.

|                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                       |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Urząd czynny jest:<br>w poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30        | Urząd Miejski w Sierpcu<br>Samodzielne stanowisko ds. pracy<br>i zarządzania kryzysowego<br>tel. 24(275-86-53) | Biuro Obsługi Interesantów<br>poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30 | <b>ZK</b>              |
| <b>WNIOSEK O UZNANIE ZA POSIADAJĄCEGO<br/>NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY</b> |                                                                                                                |                                                                                       | Strona<br><b>1 / 6</b> |

Powyższy wniosek uzasadniam następująco:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić

|                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                       |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Urząd czynny jest:<br>w poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30        | Urząd Miejski w Sierpcu<br>Samodzielne stanowisko ds. pracy<br>i zarządzania kryzysowego<br>tel. 24(275-86-53) | Biuro Obsługi Interesantów<br>poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30 | <b>ZK</b>              |
| <b>WNIOSEK O UZNANIE ZA POSIADAJĄCEGO<br/>NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY</b> |                                                                                                                |                                                                                       | Strona<br><b>2 / 6</b> |

I. Na utrzymaniu – pod bezpośrednią opieką osoby której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej – żołnierza pozostają następujący członkowie rodziny (osoba - żołnierz, który ma obowiązek sprawowania opieki wynikający z prawomocnego orzeczenia sądu nie wpisuje danych dotyczących pozostałych krewnych osoby wymagającej opieki).

| L.p.                                                                                                     | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej (żołnierza) | Data urodzenia | Adres zamieszkania | Wykonywany zawód, miejsce pracy | Uwagi (grupa inwalidztwa, zdolność do wykonywania pracy i samodzielnej egzystencji oraz inne istotne dane) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                                       | 2.              | 3.                                                                                                                     | 4.             | 5.                 | 6.                              | 7.                                                                                                         |
| <b>Dane dotyczące osoby której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej - żołnierza</b> |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 1.                                                                                                       |                 | XXXXXXX                                                                                                                |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| <b>Dane dotyczące osoby wymagającej opieki</b>                                                           |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 1.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 2.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 3.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| <b>Dane dotyczące pozostałych krewnych osoby wymagającej opieki</b>                                      |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 1.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 2.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 3.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |
| 4.                                                                                                       |                 |                                                                                                                        |                |                    |                                 |                                                                                                            |

.....  
(podpis składającego wniosek)

Stwierdza się, że dane dot. wyżej wymienionych osób wykazane w rubryce 2 – 4 oraz miejsce ich zamieszkania są zgodne z danymi zawartymi w dowodach osobistych i systemie PESEL.

Sierpc, dnia ..... 20..... r.

.....  
(podpis pracownika Urzędu Miejskiego w Sierpcu, pieczętka)

|                                                                                    |                                                                                                   |                                                                                       |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Urząd czynny jest:<br>w poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30    | Urząd Miasta Zduńska Wola<br>Biuro Zarządzania Kryzysowego i Obrony Cywilnej<br>tel. 43 825-02-43 | Biuro Obsługi Interesantów<br>poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30 | <b>ZKiOC</b>           |
| <b>WNIOSEK O UZNANIE ZA POSIADAJĄCEGO NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY</b> |                                                                                                   |                                                                                       | Strona<br><b>3 / 6</b> |

**Załączniki:****A. Do wniosku o uznanie za posiadającego na wyłącznym utrzymaniu członków rodziny oprócz oświadczenia należy załączyć:**

1. Zaświadczenie z jednostki wojskowej lub wojskowej komendy uzupełnień o odbywaniu zasadniczej służby wojskowej
2. Odpis skróconego aktu urodzenia dziecka(i) oraz małżeństwa. (oryginał lub kopia potwierdzona przez notariusza)
3. Zaświadczenie o wysokości zarobków współmałżonka (żony).
4. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o zarejestrowaniu żony jako osoby bezrobotnej z prawem lub bez prawa do zasiłku.

**B. Do wniosku o konieczności sprawowania bezpośredniej opieki nad członkiem rodziny należy załączyć:**

1. Jeżeli zachodzi konieczność sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą, która nie ukończyła szesnastego roku życia albo ukończyła siedemdziesiąty piąty rok życia: ☐
  - oświadczenie woli osoby, która ukończyła siedemdziesiąty piąty rok życia, wymagającej bezpośredniej opieki osoby której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej (żołnierza) o konieczności sprawowania tej opieki, jeżeli osoba ta posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
  - oświadczenie osoby, której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej (żołnierza) zawierające wyszczególnienie członków rodziny osoby, wobec której zachodzi konieczność sprawowania bezpośredniej opieki przez osobę, której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej, bliższych lub równych osobie, której doręczono kartę powołania do zasadniczej służby wojskowej stopniem pokrewieństwa wobec tej osoby, w tym ich imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby wymagającej opieki, datę urodzenia i adres zamieszkania;

|                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                       |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Urząd czynny jest:<br>w poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30        | Urząd Miasta Zduńska Wola<br>Biuro Zarządzania Kryzysowego<br>i Obrony Cywilnej<br>tel. 43 825-02-43 | Biuro Obsługi Interesantów<br>poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30 | <b>ZKiOC</b>           |
| <b>WNIOSEK O UZNANIE ZA POSIADAJĄCEGO<br/>NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY</b> |                                                                                                      |                                                                                       | Strona<br><b>4 / 6</b> |

2. Jeżeli zachodzi konieczność sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą całkowicie niezdolną do pracy i do samodzielnej egzystencji:

- ostateczne orzeczenie o uznaniu osoby wymagającej opieki za całkowicie niezdolną do pracy i do samodzielnej egzystencji,
- ostateczne orzeczenie o uznaniu osoby wymagającej opieki za całkowicie niezdolną do pracy i do samodzielnej egzystencji lub zaliczenia do znacznego stopnia niepełnosprawności,
- oświadczenie woli osoby wymagającej bezpośredniej opieki osoby, której doręczono kartę powołania (żołnierza) o konieczności sprawowania tej opieki, jeżeli osoba ta posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- oświadczenie osoby, której doręczono kartę powołania (żołnierza) zawierające wyszczególnienie członków rodziny osoby, wobec której zachodzi konieczność sprawowania bezpośredniej opieki przez osoby, której doręczono kartę powołania (żołnierza), bliższych lub równych osobie, której doręczono kartę powołania (żołnierza) stopniem pokrewieństwa wobec tej osoby, w tym ich imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby wymagającej opieki, datę urodzenia oraz adres zamieszkania;

3. Jeżeli zachodzi konieczność sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą w wyniku orzeczenia sądu – prawomocne orzeczenie sądu o obowiązku sprawowania takiej opieki;

4. inne dokumenty mogące mieć wpływ na udzielenie odroczenia.

|                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                       |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Urząd czynny jest:<br>w poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30        | Urząd Miasta Zduńska Wola<br>Biuro Zarządzania Kryzysowego<br>i Obrony Cywilnej<br>tel. 43 825-02-43 | Biuro Obsługi Interesantów<br>poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30 | <b>ZKiOC</b>           |
| <b>WNIOSEK O UZNANIE ZA POSIADAJĄCEGO<br/>NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY</b> |                                                                                                      |                                                                                       | Strona<br><b>5 / 6</b> |

### **Pouczenie**

1. Wniosek o odroczeniu zasadniczej służby wojskowej albo o uznanie za posiadającego na wyłącznym utrzymaniu członków rodziny może wnieść osoba, której doręczono kartę powołania (żołnierza) lub członek jego rodziny.
2. Osoba korzystająca z odroczenia zasadniczej służby wojskowej jest obowiązana stawić się przed wojskowym komendantem uzupełnień niezwłocznie po upływie okresu odroczenia, (art. 40 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony RP (tj. Dz. U. z 2004 r., Nr 241, poz. 2416 z późn. zm.).
3. Kto wbrew obowiązkom wynikającym z ustawy lub przepisów wydanych na jej podstawie, nie zgłasza się w celu uregulowania stosunku do powszechnego obowiązku obrony podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności (art. 224 pkt. 2 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony RP – tj. Dz. U. z 2004 r., Nr 241, poz. 2416 z późn. zm.).

|                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                       |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Urząd czynny jest:<br>w poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30        | Urząd Miasta Zduńska Wola<br>Biuro Zarządzania Kryzysowego<br>i Obrony Cywilnej<br>tel. 43 825-02-43 | Biuro Obsługi Interesantów<br>poniedziałki: 7.30-17.00<br>wtorek - piątek: 7.30-15.30 | <b>ZKiOC</b>           |
| <b>WNIOSEK O UZNANIE ZA POSIADAJĄCEGO<br/>NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY</b> |                                                                                                      |                                                                                       | Strona<br><b>6 / 6</b> |

Sierpc, dnia .....

**Burmistrz Miasta Sierpc**

**ul. Piastowska 11a**

**09-200 Sierpc**

### **Oświadczenie**

Ja       niżej       podpisany(a) .....  
zam. w Sierpcu ul..... legitymujący(a) się dowodem osobistym  
..... PESEL ..... oświadczam, że w przypadku:

- uzyskania zasiłku w wyższej wysokości niż przysługuje,
- nie zawiadomienia samodzielnego stanowiska ds. pracy i zarządzania kryzysowego  
Urzędu Miejskiego w Sierpcu o okolicznościach powodujących zmianę wysokości  
zasiłku lub jego utratę jestem obowiązany(a) do zwrotu nienależnie pobranego  
zasiłku lub jego części wraz z odsetkami.

.....  
własnoręczny podpis

Sierpc, dnia .....

**Burmistrz miasta Sierpc**  
**ul. Piastowska 11a**  
**09-200 Sierpc**

**Oświadczenie**

Ja        niżej        podpisana .....  
zam. w ..... legitymująca się dowodem osobistym  
..... PESEL ..... oświadczam, że nie mam  
przyznanych prawomocnym orzeczeniem sądu ani umową, alimentów na dziecko (imię i nazwisko  
dziecka) .....  
od jego ojca (imię i nazwisko ojca dziecka)\* ..... ,  
zam. w Sierpcu, ul.\* .....

Natomiast informuję, że (ojciec dziecka) dobrowolnie i systematycznie dostarcza mi co  
miesiąc kwoty pieniężne na utrzymanie dziecka, zgodnie z ustnymi ustaleniami.

.....  
własnoręczny podpis

\*wypełnia matka dziecka

Sierpc, d. ....

Wnioskodawca: .....

.....

.....

tel. kontaktowy: .....

PESEL: .....

**Burmistrz Miasta Sierpc**

**ul. Piastowska 11a**

**09-200 Sierpc**

**Oświadczenie**

Ja       niżej       podpisany       .....

zam. w ..... legitymujący(a) się dowodem osobistym

..... PESEL ..... oświadczam, że spełniam wymogi

z art. 127, ust 5 ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej

(tj. Dz. U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2414 z późn. zm.) – jestem osobą niebędącą w związku małżeńskim prowadzącą odrębne gospodarstwo domowe, samodzielnie zajmującą lokal mieszkalny (dom mieszkalny\*, którym jestem zameldowany na pobyt stały i nie ma innych osób zobowiązanych do pokrywania należności z tytułu zajmowania tego lokalu) domu mieszkalnego\*

\*niepotrzebne skreślić

.....

własnoręczny podpis