

Częstochowa, dn. r.

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
PESEL

INFORMACJA ŚWIADCZENIOBIORCY CCŚ 2

- I. Proszę o zaprzestanie wypłaty świadczeń:
- zasiłek rodzinny wraz z dodatkami
 - zasiłek pielęgnacyjny
 - świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej
 - składka na ubezpieczenie społeczne
 - składka na ubezpieczenie zdrowotne
 - świadczenie wychowawcze
 - świadczenie rodzicielskie
 - zasiłek dla opiekuna
 - specjalny zasiłek opiekuńczy
 - z funduszu alimentacyjnego
 - dodatek mieszkaniowy
 - dodatek energetyczny

Z powodu:.....
.....
.....

oraz wyrażam zgodę na zmianę lub uchylenie decyzji ustalających prawo do powyższych świadczeń zgodnie z art. 155 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 256).

Uwaga, wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia wyjazdu za granicę.

Ze względu na wyjazd za granicę ustalą pełnomocnictwo do spraw doręczeń w osobie..... zam. pod adresem ul.....

- II. Do niniejszej informacji dołączam następujące dokumenty:
1.
 2.
 3.
 4.

- III. Zobowiązuję się w terminie 7/14¹ dni / do dnia dostarczyć następujące dokumenty:
1.
 2.
 3.
 4.

Zostałam/em poinformowany, iż w przypadku niedostarczenia dokumentów wszelkie wypłacane przez tutejszy organ świadczenia mogą zostać wstrzymane.

IV. Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zgodnie z treścią art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 256) zostałam/em zawiadomiona/y o możliwości wglądu do akt sprawy, celem wypowiedzenia się, co do zgromadzonego materiału i dowodów oraz zgłoszonych żądań.

.....
podpis

V. W przypadku wydania decyzji orzekającej zwrot nienależnie pobranych świadczeń na skutek utraty prawa do ich pobierania, **wyrażam zgodę** na potrącenie orzeczonych do zwrotu należności wraz z ustawowymi odsetkami z bieżąco wypłacanych świadczeń rodzinnych, zasiłku dla opiekuna oraz świadczeń z funduszu alimentacyjnego przyznanych dla wnioskodawcy oraz dla wszystkich osób uprawnionych reprezentowanych przez wnioskodawcę.

.....
podpis

VI. Potwierdzam przyjęcie i sprawdzenie niniejszej informacji oraz wyszczególnionych dokumentów.

.....
data, podpis pracownika

VII. Potwierdzam zawieszenie wypłat w systemie informatycznym.

.....
data, podpis pracownika

Potwierdzam przyjęcie sprawy do dalszej realizacji:

.....
data, podpis pracownika

1) niewłaściwe skreślić