

Pani/Pan.....

Zduńska Wola dn.....

ul .....

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## POUCZENIE

W przypadku stwierdzenia przez Prezydenta Miasta Zduńska Wola utraty uprawnień do korzystania Karty Dużej Rodziny posiadacz Karty Dużej Rodziny jest obowiązany do jej niezwłocznego zwrotu.

Utrata uprawnień wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1512) może nastąpić w wypadku, gdy sąd pozbawił władzy rodzicielskiej rodzica lub ją ograniczył przez umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej, chyba że sąd nie pozbawił go władzy rodzicielskiej lub jej nie ograniczył przez umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej w stosunku do co najmniej trojga dzieci.

Prawo do posiadania Karty Dużej Rodziny nie przysługuje rodzicowi zastępczemu lub prowadzącemu rodzinny dom dziecka, w przypadku gdy sąd orzekł o odebraniu im dzieci z uwagi na niewłaściwe sprawowanie pieczy zastępczej.

Małżonek rodzica, któremu przyznano Kartę , nie traci prawa do jej posiadania mimo wystąpienia zmian mających wpływ na istnienie tego uprawnienia, chyba że rodzic zmarł, utracił prawo do posiadania Karty lub małżeństwo z rodzicem zostało unieważnione lub rozwiązane przez rozwód.

Karta Dużej Rodziny nie podlega wydaniu członkowi rodziny wielodzietnej, który po złożeniu wniosku o wydanie Karty, a przed jej wydaniem, przestał spełniać wymagania konieczne do uzyskania uprawnień wynikających z ustawy.

W przypadku wystąpienia zmian mających wpływ na prawo do posiadania Karty, zmian danych zawartych w Karcie lub zmiany miejsca zamieszkania członek rodziny wielodzietnej jest obowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym wójta, który przyznał Kartę

**Szczegółowe informacje dotyczące uprawnień wynikających z posiadania Karty Dużej Rodziny są dostępne pod adresem: [www.rodzina.gov.pl](http://www.rodzina.gov.pl)**

**Oplata za wydanie duplikatu Karty (w wypadku jej zagubienia) wynosi 15,00 zł. Oplata za domówienie tradycyjnej formy Karty, gdy wnioskodawca posiada już Kartę elektroniczną wynosi 10,00 zł.**

.....  
(podpis pracownika )

.....  
(podpis świadczeniobiorcy)