



SÝSLUMENN

Umsókn um greiðsludreifingu við innheimtu meðlagsskuldar

Nafn umsækjanda	Kennitala
Símanúmer	Netfang

Merkið við þann reit með X sem á best við umsókn þína:

- ☐ Samningur um fastar mánaðarlegar greiðslur
☐ Beiðni um lágmarksgreiðslur þar sem umsækjandi er örorku- eða ellillífeyrisþegi eða vegna atvinnuleysis
☐ Annað

Hér skal koma á framfæri frekari upplýsingum og rökstuðningi vegna umsóknar þessarar að því er varðar félagslegar og fjárhagslegar aðstæður umsækjanda samanber ákvæði laga nr. 54/1971 og reglugerðar nr. 491/1996.

Greinargerð:
Ég óska eftir því að greiða eftirfarandi mánaðarlega fjárhæð, ásamt áfallandi meðlagi ef við á, til sýslumanns vegna meðlagsskuldar minnar:

Vinsamlegast athugið að greiðslutilboð er metið í samræmi við fyrirliggjandi gögn.

Nauðsynlegt er að gera skýra grein fyrir því hvað sótt er um, til að mynda skýrt greiðslutilboð. Framvísa verður síðasta skattframtali umsækjanda auk yfirlits yfir tekjur / bætur vegna síðustu þriggja mánaða. Auk þess er heimilt að styðja umsóknina frekari gögnum óski umsækjandi þess. Það athugast að berist ekki öll tilskilin gögn kann umsókninni að verða vísað frá.

Umsækjandi staðfestir með undirritun sinni ofangreindar upplýsingar og réttmæti þeirra og staðfestir ætlun sína að greiða niður skuld sína í samræmi við þá greiðsludreifingu sem samþykkt verður. Undirritaður viðurkennir skuld sína og er ljóst að nýr 10 ára fyrningarfrestur, sbr. sbr. 10. mgr. 5. gr. laga nr. 54/1971, hefst frá undirritun umsóknar þessarar og við hverja innborgun á skuldina sem innt er af hendi. Samningur um meðlagsskuld við sýslumann hefur ekki áhrif á lögbundna skuldajöfnun, vegna vaxtabóta eða annarrar skuldajöfnunar lögum samkvæmt og hefur ekki áhrif á fullnustugerðir sem þegar eru hafnar hjá sýslumanni. Undirrituðum er jafnframt ljóst að vanskil á greiðslum samkvæmt samningi við sýslumann leiða til þess að hann fellur úr gildi.

Staður og dagsetning

Undirritun umsækjanda

Sendist á medlag@syslumenn.is