В мировой суд Карасунского округа г. Краснодара

Истец: Полякова Ирина Петровна

г. Краснодар, ул. Уральская, 199-16

Ответчик: Поляков Евгений Дмитриевич

Г. Краснодар, ул. Зиповская, 14-46

**ИСКОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о взыскании дополнительных расходов на содержание ребенка**

Я и ответчик являемся родителями несовершеннолетнего Полякова Сергея Евгеньевича 2012 г. р. Ответчик ежемесячно перечисляет алименты ребенку на основании судебного приказа N 5632/2015 от 17 июля 2016 года. Сын проживает совместно со мной по адресу г. Краснодар, ул. Уральская, 199-16. Ребенок находится на моем полном обеспечении. Вследствие тяжелых травм, полученных в ДТП (перелом позвоночника), ребенку требуется дорогостоящая операция и последующая реабилитация. Общая сумма затрат составляет 350 000 руб., из которых мною уже было оплачено 150 000 руб., требуется оплатить в будущем 200000 руб. Мой среднемесячный доход составляет 30 000 руб., из которых на ребенка могу тратить 15 000 руб. в месяц, поскольку вынуждена оплачивать съемное жилье, свой проезд на работу и текущие расходы на содержание сына. Указанным судебным приказом алименты установлены в размере 25% от заработка бывшего супруга (в среднем из его дохода удерживается 8 000 руб.) Указанных средств недостаточно, чтобы покрыть расходы на лечение. Считаю необходимым взыскать с ответчика 100 000 рублей, ежемесячными платежами по 8 000 руб., а также возместить мне половину уже понесенных расходов, составляющую 75 000 руб.

Руководствуясь положениями ст. 86 СК РФ, ТРЕБУЮ:

1. Взыскать с Полякова Евгения Дмитриевича понесенные дополнительные расходы в сумме 75 000 руб.
2. Взыскать с Полякова Евгения Дмитриевича ежемесячные платежи по дополнительным расходам на содержание несовершеннолетнего Полякова Сергея Евгеньевича в твердой денежной сумме 8000 руб.

**Приложения:**

* Копия иска для ответчика.
* Расчет предъявленных требований.
* Копия свидетельства о рождении ребенка.
* Справка 2-НДФЛ по месту работы истца.
* Справка о составе семьи.
* Копия медицинского заключения.
* Выписка из банковского счета об оплате медицинских услуг.
* Договор об оказании медицинских услуг.

2 августа 2018 г.                                                  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_