



Ankieta: DODATEK ZDROWOTNY /zorgtoeslag/
za rok 2018

Składam wniosek o dodatek zdrowotny || zorgtoeslag

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia |____| |____| 19____ || **BSN** /sofi nr/ _____ . _____ . _____

Adres zameldowania: w Polsce: ulica _____ nr _____
kod pocztowy _____ miejscowość _____

Zameldowanie w Holandii:

- nie jestem zameldowany/a w Holandii, *przejdź do następnego pytania*
 tak, posiadam zameldowanie w Holandii od dnia ____ . ____ . ____ r. Podaj adres:

ulica _____ , nr _____ kod pocztowy _____ miejscowość _____

Czy w holenderskim urzędzie podatkowym jest zarejestrowany Twój adres korespondencyjny:

- tak, mój adres, *przejdź do następnego pytania*
 nie, podaj adres: _____

Podaj okres zatrudnienia i ubezpieczenia w Holandii w 2018 r., uwzględniając przerwy w pracy:

1. od dnia _____ do dnia _____ do aktualnie
2. od dnia _____ do dnia _____ do aktualnie
3. od dnia _____ do dnia _____ do aktualnie

Polisa ubezpieczeniowa. Posiadam polisę ubezpieczeniową: grupową /przez pracodawcę/ indywidualną
Dołącz kopię polisy ubezpieczeniowej

Dochód – podaj dochód **brutto** *) za cały rok _____ euro. *Dołącz 2 różne odcinki wypłat*

Rozliczenie podatku za 2018 r., wybierz właściwe

- nie, nie rozliczam się, *przejdź do następnego pytania*
 tak, będę się rozliczać||rozliczę się samodzielnie, *przejdź do następnego pytania*
 tak, rozliczam się||rozliczę się z partnerem fiskalnym, **podaj dane partnera fiskalnego:**

Nazwisko i imię _____ data urodzenia ____ . ____ . 19 ____

BSN /sofi nr/ _____ . _____ . _____ || data ślubu/partnerstwa ____ . ____ . _____

Podaj dochód brutto *) partnera fiskalnego za cały rok _____ euro zł nie posiada dochodu

Zwrot dodatku zdrowotnego z urzędu podatkowego - bezpośrednio na konto Twoje konto bankowe.

Moje konto bankowe w holenderskim urzędzie jest : *wybierz właściwe*

- ◇ tak, jest zarejestrowane
◇ chcę zarejestrować lub zmienić konto bankowe. Prześlemy dodatkową ankietę do rejestracji konta bankowego

Dane kontaktowe

telefon _____ mail _____ @ _____ . _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją zwrotu dodatku zdrowotnego. Ja niżej podpisany oświadczam, że dane zawarte w powyższym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym, prawdziwe i kompletne.

✍ Podpis Klienta _____ miejscowość, data _____