

**Ankieta: DODATEK ZDROWOTNY /zorgtoeslag/  
za rok 2021**

---

**Nazwisko i imię/imiona Wnioskodawcy** \_\_\_\_\_

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, jest mój adres, *przejdź do następnego pytania*

nie, jest inny adres, podaj adres: \_\_\_\_\_

---

**Podaj okres zatrudnienia i ubezpieczenia w Holandii w 2021r. uwzględniając przerwy w pracy:**

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

---

**Polisa ubezpieczeniowa.** Posiadam polisę ubezpieczeniową, *zaznacz właściwe:*

grupową /przez pracodawcę/  indywidualną **oraz dołącz kopię polisy ubezpieczeniowej**

---

**Dochód:** podaj Twój dochód **brutto** za cały rok **2021** \_\_\_\_ euro. **Dołącz 1 odcinek wypłaty oraz jarograf**

---

**Czy Wnioskodawca jest żonaty/zamężna?**

nie, *przejdź do następnego pytania*

tak, ale żona/partner nie ma BSN numeru (sofi nr), *przejdź do następnego pytania*

tak, żona/partner posiada BSN numer (sofi nr), podaj poniższe dane żony/partnera:

**Nazwisko i imię/imiona** \_\_\_\_\_ data urodzenia \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 19 \_\_\_\_

**BSN** /sofi nr/ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ || data ślubu/partnerstwa \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Podaj dochód roczny żony/partnera: \_\_\_\_\_  euro  zł  nie posiada dochodu

---

**Podaj konto bankowe:** \_\_\_\_\_

**Czy konto bankowe jest zarejestrowane w holenderskim urzędzie:**

tak, *przejdź do następnego pytania*  nie, **chcę zarejestrować.** Otrzymasz formularz 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 \_\_\_\_\_