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, 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 ubepzieczeniowa. Posiadam polisę ubezpieczeniową: □ grupową /przez pracodawcę/ □ indywidualną

Dołącz kopię polisy ubezpieczeniowej

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

Czy rozliczałeś się w Holandii z podatku za ubiegły rok, *wybierz właściwe*

□ nie, nie rozliczałem się, *przejdź do następnego pytania*

□ tak, rozliczałem się, *przejdź do następnego pytania*

□ tak, rozliczałem się z partnererm 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

---

Podaj numer konta bankowego **) □ w Polsce □ w Holandii □ innym kraju_____

Dane kontaktowe

telefon _____ mail _____@_____. _____

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

✍ Podpis Klienta _____ miejscowość, data _____

*) jeżeli nie znasz dochodów prześlij kopię ostatniego odcinka tzw. salarisstrookje

**) numer konta bankowego w zapisie międzynarodowym, konto bankowe musi być na nazwisko wnioskodawcy