



# FORMULARZ HOLANDIA

**WYPEŁNIA BIURO**

<b>Zorgtoeslag:</b>	<input type="checkbox"/> 2016	<input type="checkbox"/> 2017
	<input type="checkbox"/> wniosek	
	<input type="checkbox"/> wstrzymanie 2017 od kiedy: - - - - -	
	<input type="checkbox"/> kontynuacja	
<input type="checkbox"/> reklamacja za rok:		

Kwota zwrotu:

Data rozliczenia:

**1. DANE OSOBOWE PODATNIKA**

Nazwisko:		Imiona :	
SOFI numer:	_____	Data urodzenia :	__-__-____
Kod pocztowy:	__-____	Miejscowość :	
Ulica i numer:			
Tel. kontaktowy:			
UWAGI: (wypełnia biuro)			
Numer konta holenderskiego:			
Numer konta polskiego:	PL _____		
Nazwa banku i oddział:		SWIFT:	_____
Dochód uzyskany w Holandii: (suma z Jaaaropgaaf-ów 2016 / w przypadku wniosku o Zorgtoeslag za 2017 proszę podać szacowany dochód za ten rok)			

**2. DANE OSOBOWE PARTNERA FISKALNEGO**

(gdy dokonano rozliczenia wspólnie z partnerem z podatku tzw. rozłąkowe lub gdy partner jest także ubezpieczony w Holandii )

Nazwisko:		Imiona :	
SOFI numer:	_____	Data urodzenia :	__-__-____
Dochód uzyskany w Holandii : (suma z Jaaaropgaaf-ów 2016 / w przypadku wniosku o Zorgtoeslag za 2017 proszę podać szacowany dochód)			

**3. Czy w poprzednim roku pobierałeś/aś Zorgtoeslag** TAK NIENazwa ubezpieczalni w roku za  
jaki starasz się o Zorgtoeslag :

Numer polisy ubezpieczeniowej:

PODAJ OKRESY UBEZPIECZENIA I PRACY W HOLANDII ZA ROK ZA JAKI SKŁADASZ WNIOSEK:

1. OD _____ DO _____	2. OD _____ DO _____
3. OD _____ DO _____	4. OD _____ DO _____

**4. W JAKIEJ FIRMIE ROZLICZAŁEŚ SIĘ W POPRZEDNICH LATACH****5. Czy w ubiegłym roku korzystał Pan/i z konta holenderskiego przy zwrocie dodatku:** TAK NIE**6. OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że powyżej podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Za niezgodność informacji z prawdą ponoszę wszelką odpowiedzialność. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz.926 z późniejszymi zmianami) niezbędne do realizacji zleconych przeze mnie usług.

**Podpis**

dnia: \_\_ - \_\_ - 20\_\_ r.