



**DOKŁADNIE ZASTOSUJ SIĘ DO INSTRUKCJI**

Drogi Kliencie!

W przypadku braku podpisu bądź niedołączenia do kompletu wymaganych dokumentów – wydłuża się proces rozliczenia. Miej to na uwadze, wysyłając do nas dokumenty!

**UZUPEŁNIJ I PODPISZ**



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** – strona numer 2 (znajdziesz go w tym komplecie dokumentów)

Jeżeli pytanie Cię nie dotyczy, przekreśl pole na odpowiedź.



**UMOWA** – strona numer 5 i 6. Wypełnij i podpisz umowę w dwóch egzemplarzach (w miejscu „Zleceniodawca”) – jeden pozostaw sobie.

**TYLKO PODPISZ**



**OBCOJĘZYCZNE FORMULARZE** – strona numer 3 i 4 (znajdziesz je w tym komplecie dokumentów)

TYLKO podpisz w miejscu oznaczonym „X”. Pamiętaj, że podpis na dokumencie musi być zgodny z podpisem na dokumencie tożsamości.

**ZAŁĄCZ**



**DOKUMENT OD PRACODAWCY (KOPIE)**

**JAAROPGAAF** lub ostatnie rozliczenie miesięczne **SALARIS** – jeżeli nie posiadasz dokumentów od pracodawcy, to nic straconego! Podaj nam dokładne dane kontaktowe swojego pracodawcy, a nasza firma postara się je dla Ciebie odzyskać.



**AKTUALNĄ KOPIĘ DOWODU OSOBISTEGO** (obie strony) **lub PASZPORTU** (strona ze zdjęciem)

Jeśli posiadasz małżonka/kę, załącz również jego/jej kopię dowodu osobistego (obie strony) lub kopię paszportu (strona ze zdjęciem).

**Uwaga!** Jeśli podczas trwania rozliczenia wymienisz swój dokument tożsamości na nowy – pamiętaj, aby po otrzymaniu nowego dokumentu, niezwłocznie przesłać jego kopię do naszej firmy.



**DODATKOWE DOKUMENTY**

- kopia polisy ubezpieczeniowej VERZEKERINGSOVEREENKOMST/POLISBLAD/AANHANGSEL lub inny dokument zawierający dane ubezpieczyciela;
- inne dowody opłacania składek zdrowotnych.

**Pamiętaj!** Poinformuj nas o zakończeniu zatrudnienia w Holandii lub ewentualnej kontynuacji pracy w kolejnym roku podatkowym. Brak informacji może skutkować koniecznością zwrotu części otrzymanych środków.



**DOKUMENTY ODEŚLIJ NA ADRES SIEDZIBY FIRMY**

Wszystkie podpisane formy zagraniczne, wypełniony formularz, umowę, dokumenty od pracodawcy oraz dodatkowe dokumenty prześlij listem poleconym na adres podany na formularzu. Pamiętaj, by zrobić sobie kopie dokumentów od pracodawców, które wysyłasz do nas.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – ZASIŁEK ZDROWOTNY ZORGTOESLAG (HOLANDIA)

ROK PODATKOWY .....



SYMBOL SPRAWY.....

Rozliczamy do 1 roku wstecz, każdy rok podatkowy zgłoś na osobnym komplecie dokumentów!

**UWAGA – MOŻESZ UZYSKAĆ ZASIŁEK ZA ROK 2017 I ROK 2018. NIE ZWLEKAJ I ZŁÓŻ DOKUMENTY ZA ROK BIEŻĄCY JUŻ TERAZ.**

Drogi Kliencie – PISZ DRUKOWANYMI LITERAMI, A PYTANIA, KTÓRE CIEBIE NIE DOTYCZA, PRZEKREŚLAJ. NIE ZOSTAWIAJ PUSTYCH PÓL.

| DANE KLIENTA                       |                                |   |  |            |            |                      |  |                |  |
|------------------------------------|--------------------------------|---|--|------------|------------|----------------------|--|----------------|--|
| Imię i nazwisko                    |                                | Telefon kontaktowy                            | Jeśli przebywasz poza Polską, podaj dodatkowo numer kontaktowy zagraniczny lub małżonka/małżonki   |            |            |                      |  |                |  |
| Adres zamieszkania w Polsce        | Podaj ten najbardziej aktualny | Adres mailowy                                 | Wpisz koniecznie, dzięki temu będziesz wiedział/a, na jakim etapie jest Twoja sprawa   |            |            |                      |  |                |  |
| Adres wykonywania pracy w Holandii | Podaj ten najbardziej aktualny | Czy byłeś zameldowany w gminie holenderskiej? | <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>TAK</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NIE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Wpisz daty meldunku:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">od.....do.....</td> </tr> </table> | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Wpisz daty meldunku: |  | od.....do..... |  |
| <b>TAK</b>                         | <b>NIE</b>                     |   |  |            |            |                      |  |                |  |
| Wpisz daty meldunku:               |                                |   |  |            |            |                      |  |                |  |
| od.....do.....                     |                                |   |  |            |            |                      |  |                |  |
| Data urodzenia                     |                                | Numer Sofi/BSN                                | Znajdziesz go na dokumencie od pracodawcy  |            |            |                      |  |                |  |

| DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZINY  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Wpisz „X” przy właściwej odpowiedzi : Wolny/a <input type="checkbox"/> W związku małżeńskim <input type="checkbox"/> Rozwiedzony/a <input type="checkbox"/> |  |   |  |
| Podaj datę ślubu/rozvodu .....  |  |   |  |
| Podaj imię i nazwisko małżonka/ki   |  | Podaj datę urodzenia małżonka/ki                                  |  |
| Czy kiedykolwiek uwzględniałeś/aś małżonka/kę w rozliczeniu podatku z Holandii lub starałeś się wspólnie z nią/nim o zasiłek rodzinny w Holandii?           |  | Jeżeli tak, wpisz imię, nazwisko i numer SOFI partnera fiskalnego |  |
| Podaj dochód światowy poza Holandią np. z Niemiec, Polski małżonka/ki za rok zgłaszany do pozyskiwania Zorgtoeslag  |  | Kraj.....Dochód.....Waluta.....<br>Nazwa pracodawcy.....          |  |

| HISTORIA ZATRUDNIENIA – podaj informacje o zatrudnieniu w Holandii. Jeśli masz więcej pracodawców – dopisz ich dane na odwrocie strony |  |                  |
|--|--|------------------|
| Data rozpoczęcia i zakończenia pracy   | Nazwa i adres pracodawcy (adres, telefon, fax, e-mail) | Wykonywany zawód |
| 1.od.....do.....   |  |                  |
| 2.od.....do.....   |  |                  |

| DODATKOWE PYTANIA  |   |
|--|---|
| 1. Podaj datę rozpoczęcia i zakończenia opłacania składek Zorgtoeslag oraz nazwę ubezpieczalni (załącz dokument potwierdzający np. polisę lub wyciągi z konta. | Podaj datę od ..... do .....<br>Podaj nazwę ubezpieczalni .....                           |
| 2. Podaj swój dochód światowy osiągnięty poza terenem Holandii (np. z Polski, Niemiec) w danym roku podatkowym.  | Wpisz nazwę pracodawcy i dochód brutto w walucie, w której wynagrodzenie było otrzymywane |
| 3. Jeśli ubiegasz się o Zorgtoeslag za rok bieżący (2018) podaj szacunkowy dochód ogólnoswiatowy – ze wszystkich krajów.                                       | Podaj kwotę oraz walutę wynagrodzenia   |

| ZAKREŚL WYBRANY SPOSÓB PRZEKAZANIA PIENIĘDZY  |  |
|---|--|
| 1) Numer rachunku bankowego:                  |  |
| <input type="checkbox"/> złotówkowe           | Kod SWIFT lub BIC banku                          |
| <input type="checkbox"/> walutowe             | Nazwa i adres banku                              |
| <input type="checkbox"/> w holenderskim banku | Właściciel konta                                 |
| <input type="checkbox"/> w niemieckim banku   |  |
| 2) Przekazem pocztowym                        | Podaj adres, na który zwrot ma zostać przekazany |

|  |   |
|--|---|
| <p>Następnie odeślij dokumenty na adres:</p> <p style="text-align: center;"><b>Biuro Doradcze POLTAX</b><br/>ul. Obozowa 82a/17<br/>01-434 Warszawa<br/>+48 22 632 38 38<br/>podatki@poltax.waw.pl</p> | <p>Dodatkowe informacje/uwagi:</p>  |
|  | <p>Skąd się o nas dowiedziałeś/aś?</p> <p>z internetu <input type="checkbox"/> z gazety <input type="checkbox"/> już się z Wami rozliczałem/am <input type="checkbox"/> ulotki <input type="checkbox"/><br/>od znajomych <input type="checkbox"/> inne.....</p> |

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| Data i podpis Klienta | <b>X</b> |
|-----------------------|----------|

\* Proszę wypełniać drukowanymi literami

Poznań, .....

## Machtigingsformulier/ *Pełnomocnictwo*

Voorletters en achternaam/ *Inicjały oraz nazwisko*:.....

Geboortedatum/ *Data urodzenia*:.....

Burgerservicenummer/ *Numer BSN*:.....

Naam werkgever/uitzendbureau waar destijds gewerkt is/*Nazwa pracodawcy*:

.....

Adres in Polen/*Adres zamieszkania w Polsce*:.....

Bij deze verklaar ik dat..... informatie mag opvragen bij mijn zorgverzekeraar over mijn persoonlijke gegevens en over de duur van mijn zorgverzekering in het jaar .....

*/Niniejszym oświadczam, że CUF sp. z o. o. może zgłosić się do mojej firmy ubezpieczeniowej z prośbą o udzielenie informacji na temat moich danych osobowych oraz okresu trwania mojego ubezpieczenia zdrowotnego w roku .....*

Gegevens van de *gemachtigde*/ *Dane upoważnionego*:

Mijn handtekening/*Podpis klienta*:

Handtekening *gemachtigde*/*podpis osoby upoważnionej*:

X.....

.....

## De machtiging/ Pełnomocnictwo

Naam:

---

Straat en huisnummer:

---

---

Postcode:

---

Woonplaats:

---

BSN:

Geboortedatum:

---

Verleent volmacht aan:

---

CUF LLC – geautoriseerde bemiddelingskantoor (BECON 609183)

Bij deze verklaar ik dat de bovengenoemde gemachtigde mijn zorgtoeslagaanvragen voor het jaar ..... en de daarop volgende jaren bij de Nederlandse Belastingdienst mag indienen.

De machtiging omvat het voeren van alle zaken. De correspondentie omtrent mijn zorgtoeslag dient naar het adres van de gemachtigde gestuurd te worden: **Szelałowska 25/2-3, 61-626 Poznań, Polen.**

De gemachtigde mag ook alle formulieren van de Belastingdienst en bezwaarschriften namens mij ondertekenen.

Deze machtiging is geldig totdat het schriftelijk door de ondergetekende wordt herroepen. Door deze machtigingsformulier worden alle eerdere volmachten ingetrokken.

*Zezwalam na przesyłanie wszelkiej korespondencji z holenderskiego urzędu skarbowego na adres: Szelałowska 25/2-3, 61-626 Poznań oraz na podpisywanie jej w moim imieniu.*

\_\_\_\_\_

Plaats

\_\_\_\_\_

Datum

**X**

\_\_\_\_\_

Handtekening/Podpis



