

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
O WYSOKOŚCI JEGO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ALBO SKŁADEK  
CZŁONKA RODZINY W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES NA JAKI USTALANE JEST  
PRAWO DO ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZEGO**

<b>1. DANE WNIOSKODAWCY</b>	
Imię	Nazwisko
Numer PESEL <div style="border-top: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; position: relative; margin-top: 5px;"> <span style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 25px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 50px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 75px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 100px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 125px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 150px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 175px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 200px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 225px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 250px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 275px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 300px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 325px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> </div>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>

<b>2. DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE <sup>2)</sup></b>	
Imię	Nazwisko
Numer PESEL <div style="border-top: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; position: relative; margin-top: 5px;"> <span style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 25px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 50px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 75px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 100px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 125px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 150px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 175px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 200px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 225px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 250px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 275px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 300px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> <span style="position: absolute; top: 0; left: 325px; width: 25px; border-right: 1px solid black;"></span> </div>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>

1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

2) Nie wypełniaj, jeśli oświadczenie dotyczy Twoich składek

Oświadczam, że w roku kalendarzowym ..... wysokość moich składek na ubezpieczenie zdrowotne albo składek wyżej wymienionego członka rodziny wyniosła ..... zł ..... gr

***Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

.....  
(miejsowość)

.....  
(data: dd / mm / rrr)

.....  
(podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)