

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
O WYSOKOŚCI JEGO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE  
ALBO SKŁADEK CZŁONKA RODZINY  
W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ZASIŁKOWY**

1. Wypełniaj **WIELKIMI LITERAMI**.

2. Pola „Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość” dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.

**DANE WNIOSKODAWCY**

1. Imię

2. Nazwisko

3. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość(1)

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

**DANE CZŁONKA RODZINY, KTOREGO DOTYCZY OSWIADCZENIE  
(nie wypełniaj jeśli oświadczenie dotyczy Twoich dochodów)**

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość(1)

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

Oświadczam, że w roku: 

--	--	--	--

<sup>Rok (rrrr)</sup> wysokość moich składek na ubezpieczenie zdrowotne albo składek wyżej wymienionego członka rodziny wyniosła: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 zł.

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

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data: dd/mm/rrrr)

.....  
(Podpis wnioskodawcy)