

**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**

**1. DANE WNIOSKODAWCY**

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

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

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>1)</sup>

**2. DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE<sup>2)</sup>**

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

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

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.***

.....  
(miejscowość)

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

.....  
(podpis wnioskodawcy  
składającego oświadczenie)