**Załącznik nr 4**

………………………………..

*(Imię i nazwisko wnioskodawcy)*

………………………………….

*(PESEL)*

**1. Wypełniaj DRUKOWANYMI LITERAMI**

**2. Pola „ Seria i nr dowodu osobistego potwierdzającego tożsamość” dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL**

**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**

|  |
| --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE**  *( nie wypełniaj jeśli oświadczenie dotyczy Twoich składek)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  (imię, nazwisko, Numer PESEL)  ……………………….………………………………………………………………………………………..  *(Seria i nr dowodu osobistego potwierdzającego tożsamość -* ***wypełnić w przypadku gdy nie nadano nr PESEL****)* |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

....................................... …………………………… …………………...............

(Miejscowość) (Data: dd/mm/rrrr) (Podpis wnioskodawcy

Składającego oświadczenie)

\* **Wpisać rok kalendarzowy**, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny (w przypadku ubiegania się o świadczenie wychowawcze na okres trwający od 1 października 2017 r. do 30 września 2018 r., należy wpisać **rok 2016**).