

FORMULARZ DO ROZLICZENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO IB W HOLANDII

za 20 rok

I. DANE OSOBOWE:

1. Imię i nazwisko.....
2. BSN/SoFi numer:.....
3. Data urodzenia:..... Obywatelstwo:
4. Stan cywilny w 20.....roku:
Data ślubu/rozvodu/zgonu współmałżonka:.....
5. Czy był pan/pani w 20..... roku zameldowany/a w Holandii? TAK / NIE ?
Jeżeli tak, to OD lub DO kiedy?
6. Aktualny Pana/Pani adres zgłoszony w Belastingdienst:
.....
7. Adres jaki miał Pan/Pani w danym roku podatkowym:.....
.....
8. Numer telefonu:.....
9. Adres E-mail:.....
10. Czy ma pan/pani dzieci? TAK / NIE, jak TAK to ile:.....
Proszę podać dane najmłodszego dziecka: imię i nazwisko:
Data urodzenia:.....BSN:
Czy dziecko w 20..... miało ten sam meldunek co Pan/Pani? TAK / NIE
Jak TAK to od kiedy do kiedy

Okres pracy i/lub zasiłku w Holandii wypłaconego w 20 roku (wszystko co było niepłatne proszę odliczyć):

od do

od..... do

od do

od do

€-----

€-----

€-----

II. DANE WSPOLMALZONKA / PARTNERA FISKALNEGO:

1. Imię i nazwisko:.....
2. BSN/SoFi numer:.....
3. Data urodzenia:..... Obywatelstwo:
4. Czy współmałżonek/partner fiskalny w 20..... roku miał przychód z Holandii? TAK / NIE
Jeśli tak to ile €.....
5. Dochód współmałżonka/partnera spoza Holandii (proszę podać kwotę w EURO): €.....
Rodzaj dochodu spoza Holandii:kraj:
6. Czy mieliście Państwo w 20..... roku ten sam adres zameldowania TAK / NIE ?
Jeżeli nie to OD lub DO kiedy?
7. Czy współmałżonek/partner fiskalny w 20..... roku był zameldowany/a w Holandii? TAK / NIE ?
Jeżeli tak, to OD lub DOkiedy?
8. Aktualny adres współmałżonka zgłoszony w Belastingdienst:.....

III. INFORMACJE DO ROZLICZENIA (osoba która składa ten druk):

1. Ilość jaaropgaven z Holandii za 20..... roksztuk(a)
2. Czy pobierał(a) Pan(i) w 20..... roku zasiłek z Holandii? TAK / NIE , jak TAK to jaki
3. Dochód spoza Holandii: (proszę podać kwotę w EURO): €.....
Rodzaj dochodu spoza Holandii:kraj:
4. Czy na dzień 01.01.20.....miał(a) Pan(i) oszczędności powyżej €34.000? TAK / jeszcze NIE
Jeżeli tak, to proszę podać kwotę: €.....
5. Czy w 20..... roku poniósł/a Pan/i koszty na rehabilitację/dentystę/specjalistów za które Pan/i sam(a) zapłacił(a)? TAK / NIE, jak TAK to proszę podać kwotę €..... Oraz nazwę placówki

Oświadczam, że informacje zawarte przeze mnie w tym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
W przypadku zatajenia lub wprowadzenia w błąd ponoszę wszelkie prawno-finansowe konsekwencje.
Oświadczam również, że wiem o obowiązku wysłania zaświadczenia o dochodzie z kraju zamieszkania
- dotyczy to osób cały rok bez zameldowania w NL.

Data.....

Podpis
(imię i nazwisko)