**Довіреність та заява**

**HollandZorg Flexpolis  
(державне медичне страхування та додаткове страхування «без ризику» I і II HollandZorg)**

**Зміст**

Ця довіреність та заява стосується: Заява на допомогу на догляд.

Я, нижчепідписаний, працюю в:

|  |
| --- |
| «Handelsnaam» в «Vestigingsplaats» |

1. **Заява на допомогу на догляд**

Я, співробітник:

* заявляю, що:
  + в даний час не отримую допомогу на догляд;
  + не подавав (-ла) заяву на отримання допомоги на догляд через інше агентство з працевлаштування протягом періоду моєї роботи в агентстві з працевлаштування, зазначеному у цій формі.
* Цим уповноважую компанію HollandZorg на виконання таких дій:
  + подавати заяву на допомогу на догляд від мого імені до письмового повідомлення про припинення дії уповноваження або до закінчення мого працевлаштування;
  + передати дані, які я вніс (внесла) у цю форму, та будь-які зміни до них до Податкового та митного управління / Управління з нарахування допомоги при поданні заяви на допомогу на догляд.
* усвідомлюю, що:
  + Податкове та митне управління / Управління з нарахування допомоги визначають, чи маю я право на отримання допомоги на догляду, а також розмір моєї допомоги на догляду;
  + сума, яку я отримаю, буде зараховуватися лише на мій особистий рахунок. Іншими словами, ця допомога на догляд не зараховується на рахунок агентства з працевлаштування;
  + якщо я молодше 18 років, я не плачу внески за медичне страхування і не маю права на допомогу на догляд;
  + HollandZorg не несе відповідальності за виплату допомоги на догляд;
  + HollandZorg не несе жодної відповідальності за будь-які збитки, що виникли в результаті подання заяви на допомогу на догляд з боку HollandZorg. HollandZorg лише сприяє у надсиланні даних до Податкового та митного управління / Управління з нарахування допомоги. Невірні або неповні дані можуть призвести до відмови у виплаті допомоги на догляд або до вимоги повернення надмірно виплаченої допомоги на догляд. Податкове та митне управління / Управління з нарахування допомоги оцінює та звіряє подані дані з наявними у них даними та самостійно приймає рішення про нарахування допомоги на догляд на основі цих даних. Заперечення проти рішення Податкового та митного управління / Управління з нарахування допомоги можна подавати тільки до Податкового та митного управління / Управління з нарахування допомоги.

1. **Завершення дії уповноваження та заяви**

Дія цього уповноваження та заяви завершується:

* у дату припинення дії поліса державного медичного страхування HollandZorg і поліса додаткового страхування «без ризику» I і II, а також завершення періоду ведення страхування або
* в дату анулювання цього уповноваження та заяви мною в письмовій формі.

1. **Дані**

Я:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ім’я повністю: |  | | | | |
| Прізвище: |  | | Стать (чол./жін.): |  |
| Номер у системі соціального обслуговування (BSN): |  | | Дата народження: |  |
| Номер власного банківського рахунку в Нідерландах (IBAN): | |  | | | |
| Номер власного рахунку в іноземному банку з IBAN та BIC: | |  | | | |
| Від імені: |  | | | | |
| Адреса власника рахунку | | | | | |
| Вулиця та номер будинку: |  | | | | |
| Поштовий індекс: |  | | | | |
| Муніципалітет: |  | | | | |
| Країна: |  | | | | |

Мій сукупний орієнтовний річний дохід (включаючи річний дохід, отриманий не в Нідерландах):

|  |
| --- |
| євро |

1. **Підписи**

Я заявляю:

* + що я заповнив (-ла) цю форму точно, повністю й достовірно, а також підписав (-ла) її;
  + що я зобов’язуюся повідомляти HollandZorg про зміни моїх даних одразу; і
  + що я прочитав (-ла) всю форму я розумію її вміст.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Місто | Дата | Підпис співробітника |
|  |  |  |