



ZAŁĄCZNIK

OŚWIADCZENIE

Nr identyfikacyjny pracownika:

Imię i nazwisko:

Aby skompletować dokumentację niezbędną do otrzymania uprzedniej zgody, prosimy wskazać, czy otrzymują Państwo dodatkową pomoc finansową z systemu ubezpieczenia ustawowego i/lub obowiązkowego lub prywatnego. W takim przypadku prosimy o wskazanie poniżej wysokości otrzymanej kwoty i odesłanie wypełnionego formularza.

Informujemy, że w przypadku nieprzesłania należycie wypełnionego i podpisanego formularza, Państwa wniosek o wydanie uprzedniej zgody nie zostanie rozpatrzony i zostanie Państwu odesłany.

☐ Dodatkowa pomoc finansowa

BENEFICJENT – imię i nazwisko:

- ☐ Opieka nad chorym

- ☐ Ośrodek rehabilitacyjno-opiekuńczy

- ☐ Inne:

- system

- otrzymana kwota Państwo Waluta

☐ Brak dodatkowej pomocy finansowej

Data:

Podpis:

➤ **Proszę odesłać do właściwego biura rozliczeniowego**

Pracownicy Komisji, Agencje wykonawcze:

http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/enickness_insurance/sources/Pages/index.aspx

Delegatury, Urząd Publikacji, Pracownicy emerytowani, oddelegowani lub na urlopie z przyczyn osobistych

https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

Inne instytucje UE oraz inne Agencje: http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/enickness_insurance/Pages/index.aspx.