Gdańsk, dnia ……………………..….……r.

……………………………….…………………..……..

(imię i nazwisko )

…………………………….…..…………………….…..

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

………………….………
(adres zamieszkania)

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

PESEL

…………………………………………….…….……..

nr telefonu

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

**Oddział w Gdańsku**

**Wydział Rozliczeń**

**Kont Płatników Składek**

**ul. ………………………..……**

**……………… Gdańsk**

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o wysokości kwot należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od ………………………… r. do …………………….. r.

Powyższa informacja jest niezbędna w związku z ubieganiem się o dopłatę do czynszu na podstawie **ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o pomocy państwa w ponoszeniu wydatków mieszkaniowych w pierwszych latach najmu mieszkania ( Dz.U. 2020, poz. 551).**

……………………………………… …………………………………………………

 miejscowość, data podpis