.............................dnia ……………

(miejscowość)

……………………………………

(pieczęć nagłówkowa)

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pan(i) …………………………………………………….

(imię i nazwisko)

zamieszkały……………………………………………………………………………………..

jest zatrudniony (a) w …………………………………………………………………………..

( nazwa zakładu pracy)

na podstawie umowy o pracę na czas określony /nieokreślony: od ……………do……………

lub świadczył(a) pracę na podstawie: umowy –zlecenie, o dzieło w okresie .…………………

na stanowisku …………………………………………………………………………………

za miesiąc……………….. uzyskał dochód\* w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przychód** | **Podatek dochodowy od osób fizycznych** | **Koszty uzyskania przychodu** | **Składka na ubezp. zdrowotne** | **Składki na ubezp. społeczne** | **Alimenty świadczone na rzecz innych osób** | **Dochód \***  1-(2+3+4+5+6) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………….

(podpis osoby upoważnionej do wydania zaświadczenia)

\*za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania pomniejszoną o:

1. miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych,
2. koszty uzyskania przychodu,
3. składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
4. składki na ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach
5. kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.