

.....
(pieczętka zakładu pracy)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE O DOCHODZIE*

Imię i nazwisko pracownika:

Adres zamieszkania pracownika:

PESEL:

Okres zatrudnienia:

Rodzaj zawartej umowy:

Miesiąc, z którego dochód pochodzi :

A: Przychód

B: Koszty uzyskania przychodu:

C: Należny podatek dochodowy od osób fizycznych:

D: Składki na ubezpieczenie społeczne:

E: Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

**E: DOCHÓD NETTO PO ODLICZENIU POWYŻSZYCH
KWOT F = (A-B-C-D-E) WYNOSI:**

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej)

*dochód- 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, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób. (art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. z dnia 12 marca 2004r.(Dz.U.2024 poz. 1283 ze zm).

.....
(pieczętka zakładu pracy)

.....
(data)