

.....  
(pieczęć 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 pieczęć 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.2026 poz. 639 ze zm.).

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

.....  
(data)