

.....
miejscowość, data

.....
Pieczęć pracodawcy (zleceniodawcy)

ZAŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

Zaświadcza się, że Pan(i) Nr PESEL
zamieszkały(a)..... jest zatrudniony(a)
w.....
(nazwa i adres pracodawcy)

na podstawie umowy..... zawartej na okres od dnia.....
do dnia.....

Wynagrodzenie z miesiąca 20.... roku wynosi:

- | | |
|---|--|
| 1. Przychód | |
| 2. Koszty uzyskania przychodu | |
| 3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych | |
| 4. Składki na ubezpieczenie społeczne | |
| 5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne (9%) | |
| 6. Dochód | |
| | pkt 1 – (pkt 2 + pkt 3 + pkt 4 + pkt 5) |

.....
Pieczęć i podpis pracodawcy

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej 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.**