

.....
(miejscowość i data)

.....
Pieczęć zakładu pracy

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadcza się, że Pan/i PESEL

Zamieszkały/a w

Jest zatrudniony/a w
(nazwa i adres zakładu)

Na podstawie na stanowisku
(podać rodzaj umowy)

Na czas nieokreślony (określony) od dnia do dnia

uzyskał/a za miesiąc przychód w kwocie pomniejszony o:

- Koszt uzyskania przychodu zł
- Należny podatek dochodowy od osób fizycznych zł
- Składki na ubezpieczenie zdrowotne zł
- Składki na ubezpieczenia społeczne zł
- Kwota alimentów świadczona na rzecz innych osób zł

Dochód uzyskany wynosi zł

słownie:

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Miejsko- Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Dąbrowicach.

.....
Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

* zgodnie z art. 8 ustawy 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.”