

(pieczęć zakładu pracy)

.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie o dochodzie osoby / pracownika/ z tytułu zatrudnienia  
/dla potrzeb ustawy o pomocy społecznej/**

Niniejszym zaświadcza się, że Pani/Pan .....

Jest zatrudniony/a na stanowisku .....

w wymiarze ....., na czas próbny / określony / nieokreślony

od dnia ..... do dnia .....

i w miesiącu ..... otrzymał/a wynagrodzenie w wysokości:

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Przychód  | ..... zł |
| 2. Miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych   | ..... zł |
| 3. Koszty uzyskania przychodu  | ..... zł |
| 4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne  | ..... zł |
| 5. Składki na ubezpieczenie społeczne  | ..... zł |
| 6. Kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób   | ..... zł |
| 7. Suma kwot z punktu 2 do 6   | ..... zł |
| 8. <b>Dochód netto*</b> - różnica kwoty określonej w punkcie 1 a punkcie 7<br>(wynagrodzenie netto na potrzeby ustawy o pomocy społecznej) | ..... zł |

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

\*Dochód oznacza – przychód pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach, kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób / zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku. (Tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 901).