...............................................................

(miejscowość, data)

.............................................................

pieczęć zakładu pracy

# ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Zaświadcza się, że Pan/Pani……………………………………………………………………..

zamieszkały/ła .............................................................................................................................

jest zatrudniony/na w ...................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

od dnia ................................................. na czas ...........................................................................

**Dochód uzyskany w okresie 3 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc | Przychód | Koszty uzyskania przychodu | Zaliczka  na należny podatek  dochodowy  od osób fizycznych | Składki na ubezpieczenie społeczne *(emerytalne, rentowe, chorobowe)* | Składki na  ubezpieczenie zdrowotne | **Dochód netto \*/**  2–(3+4+5+6) |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

**\*/** Za dochód uważa się dochód w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111 ze zmian.) **– po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób**, uważa się przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dn. 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426 ze zm.) **pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.**

.............................................................................................

(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)