

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć nagłówkowa zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani
zamieszkały/a
jest zatrudniony/a w
.....
od do
w wymiarze
na stanowisku

Dochód za miesiąc: 2026 r.

1	2	3	4	5	6
Przychód	Podatek dochodowy od osób fizycznych	Koszty uzyskania przychodu	Składki na ubezpieczenie zdrowotne	Składki na ubezpieczenia społeczne	Dochód 1 – 2 – 3 – 4 – 5

.....
(pieczęć i podpis)

Pouczenie:

Za dochód w rozumieniu art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej 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:

- miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i 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.