Pieczątka zakładu pracy ……………………………………………………….

 ( miejscowość, data )

  **Z A Ś W IA D C Z E N I E**

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………...................................

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………….

Zatrudniony na stanowisku w wymiarze czasu pracy …………………………………………….

Wynagrodzenie wypłacone w miesiącu ………………………....

Kwota uzyskanego przychodu ……………………

Podatek dochodowy od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu …………………..................................

Składka na ubezpieczenie zdrowotne ……………...............

Składka na ubezpieczenie społeczne ……………………………

Potrącane alimenty ……………………….....

Wynagrodzenie jest / nie jest obciążone / zajęciem komorniczym

 ………………………………………………………………….

 podpis osoby upoważnionej do wydania zaświadczenia

Zgodnie z art. 8 ust.3 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 03.2014r, 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.