

....., dnia.....

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i) .....

PESEL: .....

Zatrudniony(a) w w/w zakładzie pracy od dnia .....

**za m-c .....r. osiągnął dochód \*** :

Przychód	Koszt uzyskania przychodu	Należny podatek dochodowy	Składki społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu	Składki zdrowotne	<b>Razem</b> (poz.1-2-3-4-5)
1	2	3	4	5	

Zaświadczenie wydaje się do przedłożenia w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Sośnie, w celu uzyskania prawa do świadczeń rodzinnych / wychowawczych.

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\* zgodnie z art. 3 pkt 1) lit a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1952 z późn.zm.) **dochód oznacza** to przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30 e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 361 z późn.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