(pieczęć jednostki organizacyjnej)

_____, dnia _____

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani _____
(Imię i nazwisko)

Zamieszkały/a _____
(adres)

Jest zatrudniony/a od _____ do _____ w wymiarze czasu pracy _____

Zgodnie z art. 3 pkt.1 litera a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity Dz.U z 2020 roku poz. 111) - dochód oznacza to przychód podlegający opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30 b, 30c, 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r., poz. 1128.) - pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W tabeli należy uwzględnić dochód wg daty wypłaty (otrzymanej w okresie 3 m-cy przed złożeniem wniosku) ***(w tym: premie, nagrody, ryczałty i inne)*****:**

Miesiąc wypłaty/rok dotyczy 3 mies. przed złożeniem wniosku	Przychód	Składka na ubezpieczenie społeczne (składki: emerytalna, rentowa i chorobowa) niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów	Składka na ubezpieczenie zdrowotne	Koszty uzyskania przychodu	Należny podatek od osób fizycznych	Dochód	Inne dodatkowe świadczenia wypłacone pracownikowi w podanym okresie
1	2	3	4	5	6	7=2-(3+4+5+6)	8
Razem:							

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)