

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

.....  
(Pieczęć zakładu pracy, nr NIP)

### Zaświadczenie

Niniejszym zaświadczam, że .....  
(imię i nazwisko)

zam. ....

jest zatrudniony/a w .....

na stanowisku .....

na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, określony, wykonywania określonej  
pracy do dnia .....

Miesięczny dochód\* ww. z miesiąca .....20.....r. wynosił:

1. Miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych.....

2. Koszty uzyskania przychodu .....

3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....

4. Składki na ubezpieczenie społeczne określone w innych przepisach.....

5. Kwota alimentów świadczona na rzecz innych osób .....

6. Kwota wynagrodzenia po potrąceniach \*\* w pkt. 1-4.....

Słownie .....

.....  
Pieczęć z nazwiskiem i imieniem podpis osoby  
upoważnionej do potwierdzenia powyższych danych

**\* Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego  
miesiąc złożenie wniosku, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania,**

**\*\* pomniejszony o: miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i  
koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach  
o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ oraz ubezpieczenia społeczne określone w  
odrębnych przepisach, kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób. art. 8 ust 3  
ustawy o pomocy społecznej)**

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

.....  
(Pieczęć zakładu pracy, nr NIP)

### Zaświadczenie

Niniejszym zaświadczam, że .....  
(imię i nazwisko)

zam. ....

jest zatrudniony/a w .....

na stanowisku .....

na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, określony, wykonywania określonej pracy  
do dnia .....

Miesięczny dochód\* ww. z miesiąca .....20.....r. wynosił:

1. Miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych.....

2. Koszty uzyskania przychodu .....

3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....

4. Składki na ubezpieczenie społeczne określone w innych przepisach.....

5. Kwota alimentów świadczona na rzecz innych osób .....

6. Kwota wynagrodzenia po potrąceniach\*\* w pkt. 1-4.....

Słownie .....

.....  
Pieczęć z nazwiskiem i imieniem podpis osoby  
upoważnionej do potwierdzenia powyższych danych

**\*Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego  
miesiąc złożenie wniosku, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania,**

**\*\* dochód pomniejszony o: miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób  
fizycznych i koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne  
określone w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ oraz ubezpieczenia  
społeczne określone w odrębnych przepisach, kwotę alimentów świadczonych na  
rzecz innych osób. (art. 8 ust 3 ustawy o pomocy społecznej)**