…….. ……, dnia ……..
Pieczątka zakładu

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, ze Pan/i ……..

PESEL……

zamieszkały/a……

jest zatrudniony/a od dnia……

Dochód uzyskany z tytułu wynagrodzenia w miesiącu sierpniu 2024 r. wynosi:

Przychód	Należny podatek dochodowy od osób fizycznych	Koszty uzyskania przychodu	Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz społeczne	Kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób	**Dochód = 1-2-3-4-5**
1	2	3	4	5	6

……
(podpis pracodawcy)

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 poz. 901 z późn. zm.) 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.