………………………………………………… …………………………………………………
 pieczątka zakładu pracy miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

Zaświadcza się, Pan(i) ……………………………………………………………………………………………………………………………………
 (imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Zamieszkały(a) w …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wynagrodzenie z miesiąca ……………..............……………………………………………………..

1. Przychód ………………………………………………..
2. Koszt uzyskania przychodu ………………………………………………..
3. Należny podatek od osób fizycznych ………………………………………………..
(zaliczka na podatek)
4. Składki na ubezpieczenie społeczne ………………………………………………..
(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów)
5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ………………………………………………..
6. Alimenty\* ………………………………………………..
7. Zajęcia komornicze\* ………………………………………………..
8. Dochód ………………………………………………..
 pkt 1 – (pkt 2 + pkt 3 + pkt 4 + pkt 5 + pkt 6 + pkt 7)

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej w Łagowie.

**Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia**

……………………………………………………
(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do
wystawienia zaświadczenia)