...............................................

(miejscowość, data)

..........................................

(pieczątka zakładu pracy)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

(dochód uzyskany)

o dochodach w celu ustalenia/weryfikacji

prawa do świadczeń rodzinnych/alimentacyjnych/wychowawczych

Zaświadcza się, że Pan/i ............................................................................................................

zamieszkały/a..............................................................................................................................

jest / był / była\* zatrudniony/a w .................................................................................................

od ................................................... do ................................................ na podstawie (umowy

o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy tj. ……….....................................)\*

Za drugi miesiąc zatrudnienia tj. ................................................ 202 ......... r. otrzymał/a dochód w wysokości:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Przychód | zł. |
| 2. | Koszty uzyskania przychodu | zł. |
| 3. | Dochód ( tj. poz.1 – poz.2) | zł. |
| 4. | Składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów | zł. |
| 5. | Składki na ubezpieczenie zdrowotne | zł. |
| 6. | Podatek należny | zł. |
| 7. | **Dochód ( tj. poz.3 – poz.4 – poz.5 – poz.6)** | zł. |

Praca była, jest / nie była, nie jest wykonywana na terenie kraju.

…......................................................

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

\* - niepotrzebne skreślić