

pieczęć zakładu pracy _____

_____ (miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że P. _____
(imię i nazwisko)

Nr PESEL _____

Zamieszkały/a w _____

jest zatrudniony w _____
(nazwa zakładu pracy)

na podstawie _____ od dnia _____
(rodzaj umowy)

Dochód* z miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpoczęło się zatrudnienie _____
(miesiąc, rok)

1. Przychód _____
2. Koszty uzyskania przychodu _____
3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych _____
(zaliczka na podatek)
4. Składki na ubezpieczenie społeczne _____
5. Składki na ubezpieczenie zdrowotne _____
(w całości czyli: odliczone od podatku + odlicz. od dochodu)
6. Dochód _____
(pkt. 1 pomniejszony o pkt. 2, pkt. 3, pkt. 4, pkt. 5)

Zaświadczenie wydaje się dla Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wieprzu, celem ustalenia uprawnień do świadczeń rodzinnych/ świadczeń z funduszu alimentacyjnego/ świadczenia wychowawczego.

(pieczęć i podpis osoby wystawiającej zaświadczenie)

POUCZENIE

* Zgodnie z art. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych (Tekst jednolity: Dz. U. z 2017r. poz. 1952 z późn. zm.)

Dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012r. poz. 361 z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.