

.....
(Miejscowość, data)

.....
Pieczęć firmy

ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH
Dla potrzeb świadczeń rodzinnych i funduszu alimentacyjnego
(dla osób zgłaszających dochód uzyskany)

Zaświadcza się, że Pan(i)PESEL.....

Zamieszkały(a).....

Jest zatrudniony(a).....
(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawiew okresie.....
(podać rodzaj umowy) (podać okres zatrudnienia)

Dochód uzyskany z miesiąca następującego po miesiącu, w którym dochód został osiągnięty

.....(wpisać miesiąc i rok)

Data wypłaty powyższego wynagrodzenia(dd-mm-rr)

1. Przychód
 2. Koszty uzyskania przychodu
 3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych
 4. Składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu
 5. Składki na ubezpieczenie zdrowotne
 6. **Dochód uzyskany ***
- * pkt 6 = pkt 1 – (pkt 2 + pkt 3 + pkt 4 + pkt 5)

.....
Pieczęć i podpis pracodawcy

*** W ustawie o świadczeniach rodzinnych przez dochód rozumie się min.:**

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm. ²⁾), 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.