

.....
(miejscowość, data)

.....
(nazwa, adres i pieczęć zakładu pracy
wydającego zaświadczenie)

ZAŚWIADCZENIE O DOCHODZIE*
do świadczeń rodzinnych, funduszu alimentacyjnego,

za miesiąc 20..... r.**

Imię i nazwisko pracownika

Adres zamieszkania pracownika

PESEL

Okres zatrudnienia

Rodzaj zawartej umowy

1. Przychód podlegający opodatkowaniu na zasadach ogólnych zł

2. Koszty uzyskania przychodu zł

3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych zł

4. Składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu zł

5. Składki na ubezpieczenie zdrowotne zł

DOCHÓD (po odliczeniu od pozycji 1 kwot z pozycji 2,3,4,5) zł

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby
upoważnionej do wydawania zaświadczeń)

* zgodnie z art. 3 pkt 1a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych dochód to: 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 pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

** dotyczy miesiąca następującego po pierwszym miesiącu pracy.