………………………………………………...

(miejscowość, data)

**Zaświadczenie**

**o wysokości dochodów dla celów pomocy społecznej**

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

(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a ……………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

Jest zatrudniony/a ………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres zakładu pracy)

W okresie od ……………………………………………… do …………………………………………

Na stanowisku ……………………………………………………………………………………………

1. Wynagrodzenie miesięczne brutto za miesiąc ………………………. - ……………………….
2. Składka płacona przez ubezpieczonego na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe -……………………………………………………………………………………………….......
3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne - ……………………………………………………........
4. Koszty uzyskania przychodu - …………………………………………………………………..
5. Podatek dochodowy od osób fizycznych -………………………………………………………
6. Dochód do pomocy społecznej - ………………………………………………………………...

[1-(2+3+4+5)]

……………………………………………

(pieczęć i podpis)