…………………………. ………………………….

Pieczęć Firmy Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

Wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębicy

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaświadcza się, że Pan(i)** |  |
| **PESEL** |  |
| **Zamieszkały(a)** |  |

Osiągnął(a) dochód\* za miesiąc …………………………….. w wysokości ……………………… netto.

\*Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu;

2)składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w [przepisach](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/17087802_art(8)_1?pit=2021-06-16) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych [przepisach](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/17087802_art(8)_2?pit=2021-06-16);

3)kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Dochód netto jest pomniejszony o:

Obciążenia i zajęcia sądowe w wysokości: ……………………………………..zł

Składki PPK w wysokości: ……………………………………..zł

………………………….

Podpis wystawiającego zaświadczenie

…………………………. ………………………….

Pieczęć Firmy Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

Wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębicy

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaświadcza się, że Pan(i)** |  |
| **PESEL** |  |
| **Zamieszkały(a)** |  |

Osiągnął(a) dochód\* za miesiąc …………………………….. w wysokości ……………………… netto.

\*Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu;

2)składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w [przepisach](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/17087802_art(8)_1?pit=2021-06-16) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych [przepisach](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/17087802_art(8)_2?pit=2021-06-16);

3)kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Dochód netto jest pomniejszony o:

Obciążenia i zajęcia sądowe w wysokości: ……………………………………..zł

Składki PPK w wysokości: ……………………………………..zł

………………………….

Podpis wystawiającego zaświadczenie