

.....  
miejsowość, data

.....  
Pieczęć firmy

**Z A Ś W I A D C Z E N I E O Z A R O B K A C H**  
**wydane dla potrzeb świadczeń rodzinnych, świadczeń wychowawczych**  
**i świadczeń z funduszu alimentacyjnego**  
**(dla osób zgłaszających dochód uzyskany)**

Zaświadcza się, że Pan(i) .....

Nr PESEL .....

Zamieszkały(a) .....

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

Na podstawie ..... w okresie .....  
(podać rodzaj umowy) (podać okres zatrudnienia)

Wynagrodzenie za ..... - wpisać miesiąc i rok

1. Przychód .....

2. Koszty uzyskania przychodu .....

3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych .....  
(zaliczka na podatek)

4. Składki na ubezpieczenie społeczne .....  
(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów)

5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne .....

6. Dochód uzyskany .....  
pkt. 1 – (pkt. 2 + pkt. 3 + pkt. 4 + pkt. 5)

Należność ze stosunku pracy, osób przebywających czasowo za granicą  
w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży  
służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników  
zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach  
sfery budżetowej .....

.....  
Pieczęć i podpis pracodawcy