……………………………………………………… ………………………………………………………..

*(pieczęć nagłówkowa zakładu pracy lub innego) (miejscowość i data)*

**ZAŚWIADCZENIE O WYNAGRODZENIU**

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

*(imię i nazwisko)*

zamieszkały/a…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

jest/był zatrudniony/a lub wykonuje pracę w……………………………………………………………………………..……………………………………………………………..

/nazwa i adres pracodawcy/

na stanowisku lub rodzaj pracy………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

na podstawie umowy ………………………………….. zawartej na czas …………………………………… w wymiarze……………………………………………………….

**w** miesiącu */należy podać miesiąc i rok/* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

otrzymał/a wynagrodzenie w wysokości…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

z tego potrącono:

-zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych w wysokości…………………………………………………………………………………………………………....

- koszty uzyskania przychodu w wysokości ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

-składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości……………………………………………………………………………………………………………………………………

-składkę na ubezpieczenie emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego w wysokości …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

-składkę na ubezpieczenie chorobowe w wysokości…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wysokość wynagrodzenia po dokonaniu wyżej wymienionych potrąceń………….. ………………………………………………………………………………………

Zaświadczenie wydaję się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Jaśle.

………………………………………………………….

*(pieczęć i podpis pracodawcy lub innego)*

*Informacja:*

*Zgodnie z art. 8 ust 3 ustawy o pomocy społecznej 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;*

*3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.*