

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

.....  
(miejscowość, data)

## Z A Ś W I A D C Z E N I E

Pan/ Pani .....

zam. ....

jest zatrudniony/a w .....

(nazwa zakładu pracy)

na stanowisku .....

W miesiącu ..... 20....r. wypłacono:

- 1) przychód w wysokości ..... pomniejszony o:
  - 2) koszty uzyskania przychodu .....
  - 3) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych w wysokości  
.....
  - 4) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach  
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w wysokości:  
.....
  - 5) składki na ubezpieczenie społeczne w wysokości:  
.....
  - 6) dochód (pkt. 1 pomniejszony o pkt. 2-5) .....
- słownie: .....
- .....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Augustowie.

(podstawa prawna: ustawa z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 901 ze zm.).)

.....  
(podpis pracodawcy)