............................... dnia ............................

**Zaświadczenie o wysokości dochodów do celów**

**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Darłowie**

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

(imię i nazwisko)

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

(adres zamieszkania)

jest zatrudniony /a/ .............................................................................

(adres zakładu pracy)

na stanowisku .............................................................................

1. Wynagrodzenie miesięczne **brutto** (za jeden miesiąc poprzedzający złożenie wniosku w GOPS Darłowo) ...............................................................................

2. Miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu .........................................................................................

3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenia społeczne ...........................................................................................................................

4. Dochód do pomocy społecznej: 5=1-(2+3) ........................................................

5. Kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób .....................................

............................................

(pieczęć i podpis)