|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Urząd Skarbowy w Nisku, ul. 3 Maja 32B, 37-400 Nisko | |
| **WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA** | **Załącznik nr 1 do DECYZJI nr 20/2017 z dnia 04.08.2017** |
| obowiązuje od 10.08.2017 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE PODATNIKA (WNIOSKODAWCY) | | | | | | | |
|  | Imię i Nazwisko | | | | | Data wpływu | |
|  | PESEL/NIP | | | | |
|  | Adres  **Nr telefonu…………………………………………………………………………………** | | | | |
|  |
|  |
| DANE WSPÓŁMAŁŻONKA \* | | | | | |
|  | Imię i Nazwisko | | | | |
|  | PESEL/NIP | | | | |
|  | Adres  Nr telefonu…………………………………………………………………………………. | | | | |
|  |
| \*wypełnić tylko w przypadku łącznego opodatkowania i żądania zaświadczenia o wspólnych dochodach | | | | | | | |
| PROSZĘ O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA (zakreślić właściwy kwadrat): | | | | | | | |
|  |  | * o dochodzie, podatku należnym, wysokości składek na ubezpieczenia społeczne * o przychodzie, należnym ryczałcie, wysokości składek na ubezpieczenia społeczne | | * o prowadzeniu/nieprowadzeniu/okresie prowadzenia\*\* działalności gospodarczej * o formie opodatkowania * o obrotach * inne……………………………………………………     za okres ………………. w ilości ……………… egz. | | | |
| ZAŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZEDŁOŻONE W: | | | | | | | |
|  | □ ośrodku pomocy społecznej □ KRUS □ ZUS □ banku □ szkole  □ uczelni □ inne ………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| W CELU UZYSKANIA: | | | | | | | |
|  | □ świadczenia z funduszu  alimentacyjnego | | □ kredytu    □ kredytu studenckiego □ | | | | □ miejsca w akademiku  □ stypendium socjalnego |
|  | |  | | | |  |
| □ inne …………………………………………………………… | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | Zeznani podatkowe za rok ……………………….. zostało złożone w Urzędzie Skarbowym w ………………………………………………………………………………………………..…….  \* wypełnić w przypadku złożenia zeznania podatkowego w innym Urzędzie Skarbowym | | | | | | |
|  | PO ODBÓR ZAŚWIADCZENIA NALEŻY ZGŁASZAĆ SIĘ Z WŁASNYM  DOWODEM OSOBISTYM | | | | CZYTELNY PODPIS (imię i nazwisko) osoby ubiegającej się o zaświadczenie  ……………………………………………………………………… | | |
| \*\*niepotrzebne skreślić | | | | | | | |