

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko doktoranta	
Wydział SGGW funkcjonujący przed 1.10.2019 r.	
Rok studiów/semestr studiów	
Numer albumu	
Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	

WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU

należy dołączyć w przypadku zmiany dochodu w stosunku do ostatniego roku podatkowego
(utrata lub uzyskanie dochodu)

Wnioskuje o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny
w ostatnim roku podatkowym ze względu na:
(rok)

1. utratę dochodu¹⁾ przez członka mojej rodziny

.....
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)
w wysokości zł, co potwierdzam następującym dokumentem
.....
.....
.....

2. uzyskanie dochodu²⁾ przez członka mojej rodziny

.....
(podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa)
w wysokości zł, co potwierdzam następującym dokumentem
.....
.....
.....

.....
(podpis doktoranta)

¹⁾ zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych – Dz. U. z 2018 r., poz. 2220

²⁾ zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych – Dz. U. z 2018 r., poz. 2220.