

|  |                          |                    |
|--|--------------------------|--------------------|
| 1. Numer Identyfikacji Podatkowej podatnika<br>_____ | 2. Nr dokumentu<br>_____ | 3. Status<br>_____ |
|--|--------------------------|--------------------|

**PIT-19A**

**DEKLARACJA O WYSOKOŚCI SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE  
ZDROWOTNE, ZAPŁACONEJ I ODLICZONEJ OD ZRYCZAŁTOWANEGO  
PODATKU DOCHODOWEGO OD PRZYCHODÓW OSÓB DUCHOWNYCH  
W POSZCZEGÓLNYCH KWARTAŁACH ROKU PODATKOWEGO**

|                 |
|-----------------|
| 4. Rok<br>_____ |
|-----------------|

Podstawa prawna: Art.44 ust.4 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. Nr 144, poz.930, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Osoba duchowna, zwana dalej „podatnikiem”, osiągająca przychody z opłat otrzymywanych w związku z pełnieniem funkcji o charakterze duszpasterskim, objęte zryczałtowanym podatkiem dochodowym od przychodów osób duchownych.

Termin składania: Do dnia 31 stycznia roku następującego po roku podatkowym.

Miejsce składania: Urząd, o którym mowa w art.44 ust.4 ustawy, według miejsca wykonywania funkcji o charakterze duszpasterskim, zwany dalej „urzędem”.

**A. MIEJSCE SKŁADANIA DEKLARACJI**

5. Urząd, do którego adresowana jest deklaracja

6. Cel złożenia formularza (zaznaczyć właściwy kwadrat):

1. złożenie deklaracji

2. korekta deklaracji <sup>1)</sup>**B. DANE PODATNIKA****B.1. DANE IDENTYFIKACYJNE**

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 7. Nazwisko<br>_____   | 8. Pierwsze imię<br>_____ |
| 9. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)<br>_____._____._____._____ | 10. PESEL<br>_____        |
| 11. Imię ojca<br>_____   | 12. Imię matki<br>_____   |

**B.2. ADRES ZAMIESZKANIA**

|                          |                           |                      |                        |
|--------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------|
| 13. Kraj<br>_____        | 14. Województwo<br>_____  | 15. Powiat<br>_____  |                        |
| 16. Gmina<br>_____       | 17. Ulica<br>_____        | 18. Nr domu<br>_____ | 19. Nr lokalu<br>_____ |
| 20. Miejscowość<br>_____ | 21. Kod pocztowy<br>_____ | 22. Poczta<br>_____  |                        |

**C. ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA FUNKCJI O CHARAKTERZE DUSZPASTERSKIM**

|                          |                           |                      |                        |
|--------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------|
| 23. Kraj<br>_____        | 24. Województwo<br>_____  | 25. Powiat<br>_____  |                        |
| 26. Gmina<br>_____       | 27. Ulica<br>_____        | 28. Nr domu<br>_____ | 29. Nr lokalu<br>_____ |
| 30. Miejscowość<br>_____ | 31. Kod pocztowy<br>_____ | 32. Poczta<br>_____  |                        |

**D. KWOTY SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE, ZAPŁACONE I ODLICZONE OD RYCZAŁTU <sup>2)</sup>**

|                         | I kwartał     | II kwartał    | III kwartał   | IV kwartał    | Razem         |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Zapłacona kwota składki | 33.<br>zł, gr | 34.<br>zł, gr | 35.<br>zł, gr | 36.<br>zł, gr | 37.<br>zł, gr |
| Odliczona kwota składki | 38.<br>zł, gr | 39.<br>zł, gr | 40.<br>zł, gr | 41.<br>zł, gr | 42.<br>zł, gr |

**E. OŚWIADCZENIE I PODPIS PODATNIKA / PEŁNOMOCNIKA**

Oświadczam, że są mi znane przepisy Kodeksu karnego skarbowego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 43. Podpis podatnika<br>_____ | 44. Imię i nazwisko oraz podpis pełnomocnika<br>_____ |
|-------------------------------|---|

<sup>1)</sup> Zgodnie z art.81 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2005 r. Nr 8, poz.60, z późn. zm.), podatnik może skorygować złożoną deklarację poprzez złożenie deklaracji korygującej wraz z dołączonym pisemnym uzasadnieniem przyczyn korekty.

<sup>2)</sup> Ryczałt od przychodów osób duchownych ulega obniżeniu o kwotę składki opłaconej na ubezpieczenie zdrowotne, o ile nie została ona odliczona od podatku dochodowego.