

Intyg

Förlorad arbetsinkomst för förtroendevalda

Denna blankett lämnas ifylld och undertecknad till lönekontoret vid löneförändring och vid varje nytt år

Obligatoriska uppgifter

Förtroendevalds namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon	E-post	

Uppgifter från arbetsgivare

Vid löneavdrag, förlorad arbetsinkomst per timme
--

Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum	Namnsteckning / Namnförtydligande arbetsgivare
---------------	--

Huvudarbetsgivare	Fullständig adress
	Telefon

Anm.

För egen företagare som saknar arbetsgivare och önskar ersättning för förlorad arbetsinkomst, så bifogas förgående års kontrolluppgift / inkomstdeklaration. Årslönen divideras med 1980