



Begäran om ersättning för förlorad arbetsinkomst

Namn	Personnummer
------	--------------

Anställd Egen företagare Arbetslös

Förlorad arbetsinkomst

Nämnd/Styrelse	Datum	Antal timmar	Belopp	Tillstyrkan av sekreterare om närvaro på mötet

Ev. Förlorad semesterersättning (intyg från arbetsgivaren krävs)

Semesterår	Antalet dagar	Belopp

Ev. Förlorad pensionsförmån

År	Kollektivavtal	Totalbelopp

Härmed intygas att jag förlorat arbetsinkomst enligt ovan och på särskild begäran kan redovisa den verkligt förlorade arbetsinkomsten.

Underskrift av förtroendevald

Namn	Datum
------	-------

Arbetsgivaren Tillstyrkan av arbetsgivare att ovan löneavdrag har gjorts

Signatur	Datum
Namnförtydligande	Namn på företaget/organisationen