



## Begäran om ersättning för förlorad arbetsinkomst

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Anställd  Egenföretagare  Arbetslös

### Förlorad arbetsinkomst

Nämnd/Styrelse	Datum	Antal timmar	Belopp	Tillstyrkan av sekreterare

### Förlorad semesterersättning (intyg från arbetsgivaren krävs)

Semesterår	Antalet dagar	Belopp

### Förlorad pensionsförmån

År	Kollektivavtal	Totalbelopp

Härmed intygas att jag förlorat arbetsinkomst enligt ovan och på särskild begäran kan redovisa den verkligt förlorade arbetsinkomsten genom intyg från arbetsgivaren. Kan inte inkomstförlusten styrkas gäller återbetalningsskyldighet.

### Underskrift av förtroendevald

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

### Arbetsgivaren Tillstyrkan av arbetsgivare att ovan löneavdrag har gjorts

Signatur	Datum
Namnförtydligande	Namn på företaget