



**Ansökan om ersättning för förlorad arbetsinkomst
för kommunalt förtroendevalda**

Personuppgifter

Namn:	Personnummer:	
Styrelse/nämnd:	Datum:	Sammanträdestid:

Förlorad arbetsinkomst

Datum:	Timmar:	Belopp:	Ersättare:	
			Tjg	Ej tjg.

Arbetsgivare

Egen företagare

Arbetsgivarens namn och adress eller företagets namn, adress och org nr:

Övriga upplysningar:

Riktigheten av ovanstående uppgifter intygas:

Arbetsgivarens intygande
(Alt. bifoga löne spec. som visar löneavdrag)

Datum Namnteckning förtroendevald

Datum Namnteckning arbetsgivare