

Förtroendevaldes namn:	Personnummer:
Arbetsgivare:	Arbetsgivare, kontaktpersons namn och tel nr:

**Intyg om arbetsgivarens löneavdrag**

Nuvarande lön från och med:

När jag är frånvarande från arbetet på grund av uppdrag som förtroendevald gör min arbetsgivare avdrag på lönen med: \_\_\_\_\_ kr per timme.

Omräkning av månadslön till timlön: Månadslön / 165

Ovanstående uppgifter intygas.

Ort och datum                      Arbetsgivarens underskrift                      Tel nr

**Redovisning av inkomstbortfall – egen företagare**

Vid uppdrag som förtroendevald åsamkas jag inkomstbortfall i min förvärvsverksamhet. Bifoga kopia av besked.

Besked från Skatteverket, föregående års överskott näringsverksamhet (endast aktiv verksamhet)

Nystart av företag, begär schablonersättning (endast första kalenderåret)

**Redovisning av inkomstbortfall - övriga**

Vid uppdrag som förtroendevald åsamkas jag inkomstbortfall i följande. Bifoga kopia på intyg

A-kasseersättning (intyg från ansvarig A-kassa)

Sjukpenning eller föräldrapenning (intyg från Försäkringskassan)

Ort och datum                      Underskrift (förtroendevald)                      Tel nr