



## INTYG OM FÖRLORAD ARBETSINKOMST

Kommunalt förtroendevalda är berättigade att få ersättning för den arbetsinkomst som de förlorar på grund av sitt kommunala uppdrag. Inkomstförlusten ska i förekommande fall styrkas med intyg från arbetsgivaren.

I den här blanketten bekräftar undertecknad arbetsgivare att angiven arbetstagare förlorar nedanstående belopp vid frånvaro från sitt arbete.

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Förtroendevalds namn | Personnummer            |
| Arbetsgivare         | Telefon nr arbetsgivare |

Om ditt avdrag varierar beroende på antal kalenderdagar i en månad, var god fyll i detta i första kolumnen. Har du samma avdrag varje månad, använd första raden.

| Antal dagar i månaden | Förlorat belopp, kronor/timme | Förlorat belopp, kronor/dag | Övrigt (ob-ers. m.m.) |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|                       |                               |                             |                       |
|                       |                               |                             |                       |
|                       |                               |                             |                       |

### Underskrift av arbetsgivare

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Ort                        | Datum         |
| Arbetsgivarens underskrift | Telefonnummer |

#### Blanketten skickas till:

Vänersborgs kommun  
Löneavdelningen  
462 85 Vänersborg