

Begäran om ersättning för förlorad arbetsförtjänst

år: _____

Personnummer	Namn (texta)
--------------	--------------

Sammanträdesorgan						Fylls i av arbetsgivare eller A-kassa
(ange i förkommande fall även benämning på konferens, seminarium el dylikt)	År, månad, dag	Sammanträde from kl	Sammanträde tom kl	Restid	Total tid	Löneersättningsavdrag/förlorad inkomst

Datum:	Den förtroendevaldes namnteckning
--------	-----------------------------------

Egenföretagare (ersättning enligt särskilt beslut)	organisationsnummer:
----------------------------------------------------	----------------------

Intyg om löne/ersättningsavdrag från Arbetsgivare eller A-kassa

Datum:	Arbetsgivare / A-kassa	Arbetsgivarens underskrift	Telefonnummer
--------	------------------------	----------------------------	---------------

Underskrift av ansvariga inom Samordningsförbundet Uppsala län

Datum:	Prestation fullgjord:	Attesteras:
--------	-----------------------	-------------

Markera om rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst föreligger, men inte rätt till arvode enligt beslut i styrelse

ja

nej