



Hälsinglands  
Utbildningsförbund

## ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FÖR FÖRLORAD ARBETSINKOMST För kommunalt förtroendevalda

Namn:	Personnummer:	
Typ av sammanträde	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