

**Intyg om förlorad inkomst**

Förtroendevaldes namn:	Personnummer:
Arbetsplats	Kontaktperson och tel nr

## Intyg om arbetsgivarens löneavdrag

Avser intjänandeår: _____
När jag är frånvarande från arbetet på grund av uppdrag som förtroendevald gör min arbetsgivare avdrag på lönen med: _____ kr per timme

<b>Ovanstående uppgifter intygas.</b>		
<b>Ort och datum</b>	<b>Arbetsgivarens underskrift</b>	<b>Tel nr</b>

Intyg om inkomstbortfall – **egen företagare**

Vid uppdrag som förtroendevald åsamkas jag inkomstbortfall i min förvärvsverksamhet. Bifoga kopia av intyg eller besked.
<input type="checkbox"/> Intyg från försäkringskassan som visar min sjukpenningsgrundande inkomst av egen verksamhet
<input type="checkbox"/> Besked från skatteverket som visar föregående års taxerade inkomst

<b>Ort och datum</b>	<b>Namnteckning</b>	<b>Tel nr</b>

Nytt intyg lämnas vid löneförändring och/eller byte av arbetsgivare.

Insändes till: Nämndfunktionen Stadskansliet, Falu kommun

FALUN