



**Ansökan om ersättning för förlorad arbetsinkomst**

Namn:

\_\_\_\_\_

Nämnd/styrelse:

\_\_\_\_\_

Datum för ersättningen:

Ersättning kr\*:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift

***\* Bortfallet av inkomst ska styrkas med t ex kopia på lönespecifikation där lönebortfallet framgår. Kan inte beloppet styrkas, t ex för egna företagare, utgår ersättning med 150 kr/tim.***

Skicka ifyllt blankett tillsammans med ev. bilagor till nämnd- och registraturenheten. Efter attest skickas blanketten till personalavdelningen för utbetalning.

\_\_\_\_\_  
Attesteras av ansvarig nämndsekreterare eller enhetschef på nämnd- och registraturenheten:

Ansvar \_\_\_\_\_ ska belastas

Attest \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_