



Ansökan om ersättning för förlorad arbetsinkomst

Namn:

Personnummer:

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

Attesteras av enhetschef på nämnd- och registraturenheten:

Ansvar _____ ska belastas

Attest _____

Namnförtydligande _____