



# ANMÄLAN OM ÅRSINKOMST OCH FÖRLORAD ARBETSINKOMST FÖR FÖRTROENDEVALD

## Personuppgifter

*Sänds till löneenheten*

Personnr	Namn
Nämnd/er	Adress
Telefon	Postnummer/Postadress

Förtroendevald i Gislaveds kommun har möjlighet att begära ersättning för förlorad arbetsinkomst. Det finns tre olika sätt att begära ersättning. (Arvodesbestämmelser § 3).

- beräknad årsinkomst med beskrivning av arbetsgivarens sätt att föra löneavdrag, detta alternativ ska innehålla arbetsgivarens underskrift.
- att ange den sjukpenninggrundande inkomsten.
- att göra en särskild framställan till kommunstyrelsen om annan beräkningsgrund. Innehållet i denna framställan ska bifogas detta intyg.

## Årsinkomst

Beräknad årsinkomst inkl semesterersättning		
Löneavdrag görs av arbetsgivaren enligt följande (inkl semesterersättning)	Per timma	Per dag

## Underskrift

Datum	Arbetsgivarens underskrift
Arbetsgivarens namn	Telefon

## Årsinkomst

Aktuell sjukpenninggrundande inkomst/år
-----------------------------------------

## Årsinkomst

<b>Särskild framställan görs till kommunstyrelsen om annan beräkningsgrund</b> (bifogas denna blankett) <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum	Förtroendevalds underskrift <sup>1)</sup>
-------	-------------------------------------------

V:\BMM\allar\Anmälan årsinkomst förtroendevalda.dot  
Reviderad 040618 /bm

<sup>1)</sup> Jag medger att lönekontoret genom stickprovskontroll får kontrollera uppgifterna.