



HABO KOMMUN

Kommunledningskontoret

INTYG

Förlorad arbetsinkomst för förtroendevalda

Denna blankett lämnas ifylld och undertecknad till lönekontoret

Obligatoriska uppgifter

Förtroendevalds namn (texta)		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Tfn bostad	Tfn arbete	E-post

Uppgifter från arbetsgivare

Förlorad arbetsinkomst per timme

Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning / Namnförtydligande
---------------	----------------------------------

Huvudarbetsgivare	Fullständig adress
	Telefonnummer

Anm.

Om arbetsgivare saknas kan inkomstbortfall styrkas av ex. revisor, bokföringsbyrå alt. intyg om sjukpenninggrundande inkomst från Försäkringskassan.