

**Intyg från huvudarbetsgivare om förlorad arbetsinkomst
vid uppdrag som förtroendevald för Götene kommun**

Uppgifter om den förtroendevalda	Uppgifter om arbetsgivaren
Namn:	Arbetsgivare:
Personnummer:	Adress:
Telefon bostad:	Telefon arbete:
Mobiltelefon:	Kontaktperson:

☐ Ordinarie arbetstid är tim./dag, kl. -

☐ Min ordinarie arbetstid framgår av bilagt schema.

Förlorad arbetsinkomst

Avdrag görs med kr/timme **exklusive** semesterersättning vid politiskt uppdrag.

☐ Jag begär påslag för förlorad semesterersättning enligt arvodesreglerna (max 12 %).

☐ Jag förlorar arbetsinkomst men kan inte styrka till vilket belopp.
Schablonersättning ska därför tillämpas för förlorad arbetsinkomst enligt arvodesreglerna.

Anmäld inkomständring gäller från det datum som blanketten kommit in till Götene kommun.

Om du är sjukskriven

Som anställd är sjukpenningen kr/dag.

Som egen företagare är sjukpenningen kr/dag.

Om du är arbetslös

Min a-kasseersättning är kr/dag.

Förtroendevalds underskrift	Arbetsgivare/revisor styrker härmed ovanstående uppgifter
-----------------------------	---