

A Ansökan om ersättning för inkomstbortfall och kostnader för förtroendevalda

Den förtroendevaldas efternamn och alla förnamn		Yrke							
Personbeteckning 		Adress							
Kontonummer i IBAN-form		Förtroendeuppdrag (nämndens/organets namn)							
Den förtroendevaldas försäkran om inkomstbortfallet och om kostnader för vikarie och barnvakt									
Datum	Den totala tiden som använts för mötet		Inkomstbortfall		Barnvakt		Vikarie		Totalt
	klockan - klockan	timmar	å	timmar	å	timmar	å		
Ytterligare uppgifter (t.ex. barnvaktens/vikariens namn)									Totalt
Jag försäkrar att uppgifterna ovan är riktiga och begär att staden ersätter inkomstbortfallet/kostnaderna				Datum		Sökandens underskrift			
Redovisningskod 									
Granskad (datum och underskrift)					Godkänd (datum och underskrift)				

B Intyg över inkomstbortfall
fills i endast om ersättningen överstiger 10,00 euro per timme

Arbetsgivarens namn							
Tiden för inkomstbortfallet					Inkomstbortfallet för den arbetstid för vilken lön inte betalas		
Datum	Började klockan	Slutade klockan	Anmärkningar		Timmar	å	Belopp
Datum			Arbetsgivarens underskrift				Totalt
Nämndens/organets namn					Granskad (datum och underskrift)		