


SÄFFLE KOMMUN

Löneenheten

 Ifylles av **person som utfört tillsyn**
av förtroendevalds barn

ERSÄTTNING FÖR BARTILLSYN

Inlämnas till löneenheten senast den sista i månaden för utbetalning månaden efter.
 Ersättning utbetalas inte för tillsyn som sker genom egen familjemedlem eller annan närstående, såsom make, maka, registrerad partner, sambo, barn, föräldrar, syskon, svärföräldrar samt mor- och farföräldrar.

 Härmed intygar jag _____ , _____
förnamn, efternamn , personnummer (ååmmdd-nnnn)

Adress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Att jag har utfört bartillsyn åt förtroendevald då denne har deltagit i politiskt uppdrag.

Förtroendevalds för- och efternamn: _____

 Datum för bartillsynen: _____ Fr.o.m kl. _____ : _____ T.o.m. kl. _____ : _____
år mån dag tt mm tt mm

Total tid som bartillsyn utförts: _____ timmar och _____ minuter

 Barnets för- och efternamn: _____ Barnets pers nr¹⁾: _____
åå mm dd

 Underskrift: _____
person som utfört bartillsyn

 Jag önskar få min ersättning insatt på konto i: _____
ange bank

Clearingnummer: _____ Kontonummer: _____

¹⁾ Om barnet har fyllt 12 år, men ändå är i behov av tillsyn av olika anledningar, skall särskilt intyg från Försäkringskassan eller ett utlåtande från läkare bifogas denna ansökan.

Härmed intygas att jag har erhållit bartillsyn p.g.a. deltagande i politiskt uppdrag:

 underskrift, förtroendevald

Underskrift, nämndsekreterare:

Löneenhet: