



SÄFFLE KOMMUN

Löneenheten

Ifylles av **förtroendevald**

BEGÄRAN OM FÖRLORAD ARBETSLÖSHETSERSÄTTNING

Inlämnas till nämndsekreterare/motsvarande senast den sista i månaden för utbetalning i månaden efter.

Begäran om ersättning för det aktuella uppdraget måste ha inkommit innan utbetalning kan göras.

Ifylles av förtroendevald:

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

att jag på grund av deltagande i förtroendeuppdrag har förlorat arbetslöshetsersättning.

Datum för uppdraget: _____ kl: _____ t.o.m kl: _____
åå mm dd tt mm tt mm

Ange vilket uppdrag du närvarat på: _____

Min arbetslöshetsersättning är: _____ kr / timme Total förlorad ersättning: _____ kr

För att räkna ut din arbetslöshetsersättning per timme:
tag din dagersättning (före skatt) och dela med 8 (timmar).

Med denna blankett bifogar jag specifikation över ersättning från min Arbetslöshetskassa samt kopia på inskickat kassakort för aktuell period.

Underskrift förtroendevald: _____

Datum: _____
åå mm dd