



Intyg om ersättning för förlorad arbetsinkomst
(Fylls i av arbetsgivaren)

Namn: _____

Personnummer: _____

Arbetsgivare/ Företag: _____

Telefon: _____

Anställd inom Örkelljunga kommun (enligt löneavdrag)

Anställd utanför Örkelljunga kommun (schema bifogas)

Löneavdrag med _____ kr per timme.

Löneavdrag per hel dag med månad som har

28 dagar: _____

30 dagar: _____

31 dagar: _____

Gäller fr.o.m. _____

Sysselsättningsgrad/ procent: _____

Datum: _____

Underskrift av arbetsgivare: _____

Namnförtydligande: _____

Intyget lämnas till Örkelljunga kommun, Personalenheten årligen och vid inkomständring.