

ANSÖKAN
 om ersättning för förlust av förtjänst/kostnader
 för tiden _____ - _____ 20_____

| Den förtroendevaldas namn | | | | | | | | | Personbeteckning | | |
|--|---|--|-------------------------|------|------------------------|---------------------|---------------------------|------------|------------------|------|------------|
| Adress | | | | | | | | | | | |
| Bank och kontonummer | | | | | | | | | | | |
| Organ/uppgift | | | | | | | | | | | |
| Ersättning 1) | | | | | | | | | | | |
| Datum | För sammanträdet/ uppgiften använd tid kl - kl | Närvaro vid sammanträdet kl - kl | Förlust av förtjänst | | Avlöande av vikarie | | Anordnande av barnvård | | Annat 2) | | Sammanlagt |
| | | | t | a' € | t | a' € | t | a' € | t | a' € | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arbetsgivarens intyg bifogas <input type="checkbox"/> Hänvisas till tidigare företett intyg av arbetsgivaren | | | | | | | | Sammanlagt | | | |
| Datum | Sökandens underskrift | | | | | | Förskottsinnehållning | | | | |
| Tilläggsuppgifter | | | | | | | | Utbetalas | | | |
| | | | | | | | | Konto | | € | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Godkänns | | Utanordnas | | | | Kvitteras | | | | | |
| ____ / ____ 20 ____ | | _____ € ____ / ____ 20 ____ | | | | ____ / ____ 20 ____ | | | | | |

1) Maximibeloppet för ersättning av kostnader är beloppet av ersättning för förlust av förtjänst
 2) Förklaring i punkten tilläggsuppgifter