

SAMMANTRÄDESARVODE

Styrelse/ nämnd: _____

Sammanträdesdatum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Färdsätt:

- Egen bil
- Kollektivtrafik (bifoga kvitton för resan)
- Annat (endast restidsersättning betalas)

Ange avstånd enkel resa: _____ km**Eventuell ersättning för förlorade inkomster:**

Jag begär ersättning för förlorade inkomster enligt nedanstående: (Ange ett eller flera av nedanstående sex alternativ, du som inte begär förlorad arbetsinkomst fortsätter direkt till namnteckning. Kom ihåg att nytt intyg om förlorad arbetsinkomst ska lämnas in vid ändrade förhållanden)

1. **Förlorad inkomst från anställning inom Härjedalens kommun** (bifoga beviljad ledighetsansökan, lägg inte in ledighet i självservice)
Sammanträdesdagen är: Arbetsdag Fridag
2. **Förlorad inkomst från annan anställning.** Antal timmar _____
Ange arbetsgivare: _____
3. **Förlorad inkomst från näringsverksamhet, enligt SGI** Antal timmar _____
4. **Förlorad inkomst från näringsverksamhet, enligt taxerad förvärvsinkomst**
Antal timmar _____
5. **Förlorad A-kasse-ersättning (bruttoersättning, före skatt):** Totalt _____ kr.
6. **Förlorad sjukpenning, föräldrapenning och övriga ersättningar från försäkringskassan (bruttoersättning, före skatt):**
Totalt _____ kr.

Namnteckning: _____**Lämnas till sekreteraren vid sammanträdet för vidarebefordran till HR lön.**