

## INTYG OM FÖRLORAD ARBETSINKOMST - FÖRTROENDEVALD

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

**Inlämnas till respektive nämnds sekreterare vid förändringar, t ex byte av anställning eller ändrad arbetsinkomst.**

**Jag är vald som ordinarie ledamot eller ersättare i följande nämnder:**

\_\_\_\_\_

---

### **ANSTÄLLD av annan arbetsgivare än Härjedalens kommun:**

Arbetsinkomst, lön/timme: \_\_\_\_\_ fr o m : \_\_\_\_\_

Ovanstående uppgifter styrkes Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arbetsgivarens underskrift      Telefon

---

### **NÄRINGSIDKARE:**

Sjukpenninggrundande inkomst SGI      Årslön: \_\_\_\_\_ fr o m: \_\_\_\_\_  
**Kopia av försäkringskassans beslut om SGI ska bifogas**

Taxerad förvärvsinkomst: \_\_\_\_\_  
**Kopia av skatteverkets besked ska bifogas**

Ovanstående uppgifter styrkes Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Näringsidkarens underskrift      Telefon