Intyg för ersättning

FÖR DIG SOM HAR GENOMFÖRT ETT KURSUPPDRAG SOM HANDLEDARE

Intyg om förlorad arbetsinkomst

För dig som genomför eller kommer att genomföra handledaruppdrag för ABF och begär ersättning för förlorad arbetsinkomst.

UPPGIFTSLÄMNARE

Arbetsgivare/Företag:
Organisationsnummer:
Kontaktperson:
Telefon:
E-post:

HANDLEDARENS UPPGIFTER

För- och efternamn:
Personnummer:
E-post:
Telefon:
Facklig organisation:

GILTIGHETSPERIOD

Kalenderår:

alternativt annan period
Från och med:
Till och med:

INTYGANDE

Den person som anges ovan genomför eller kommer att genomföra handledaruppdrag för ABF. Uppgifterna nedan får användas som underlag för ersättning av förlorad arbetsinkomst under den angivna perioden.

☐ ANSTÄLLD- UPPGIFTER OM LÖNEAVDRAG

Den som utför handledaruppdraget är anställd.

Löneavdrag per arbetstimme (kr):
Beloppet ska motsvara det löneavdrag som görs per arbetstimme vid tjänstledighet för handledaruppdrag.

_____ *eller* _____

☐ EGENFÖRETAGARE REDOVISNING AV INKOMSTBORTFALL

Den som utför handledaruppdraget bedriver egen näringsverksamhet.

F-skatt finns: ☐ Ja ☐ Nej

Beräknat inkomstbortfall per arbetstimme (kr exkl. moms):
Beloppet ska motsvara det beräknade inkomstbortfall som uppstår när företagaren genomför handledaruppdrag för ABF under ordinarie arbetstid.

UNDERSKRIFT FÖR ANSTÄLLD

Arbetsgivarens underskrift: _____
Namnförtydligande:
Befattning:
Datum och ort:

UNDERSKRIFT FÖR EGENFÖRETAGARE

Företagarens underskrift: _____
Namnförtydligande:
Datum och ort:

Underlaget fylls i en gång per kalenderår eller när handledarens anställningsförhållanden, lönevillkor eller företagsförhållanden förändras.
Blanketten skickas till admin.mellerstanorrland@abf.se och används som underlag för ersättning av förlorad arbetsinkomst vid handledaruppdrag för ABF.

ABF Distrikt Mellersta Norrland
Östra Långgatan 17, 852 36 Sundsvall
070-232 00 91
abf.se/mellersta-norrland/fackliga-studier
admin.mellerstanorrland@abf.se