



## Yrkan om förlorad arbetsinkomst för egenföretagare

### Uppgift om sökande

Namn	Personnummer
Företag	Period (max 1 månad)

### Yrkanden

Samtliga yrkanden ska följas av en förklaring, eller hänvisning till bilaga, som visar att ett inkomstbortfall har ägt rum. Lila rutor fylls i av förvaltningen.

Datum	Sammanträde / förrättning	Antal timmar	Ansvar	Verksamhet	Aktivitet	Summa
Förklaring, eller hänvisning till bilagor, för ovanstående yrkande:						

Datum	Sammanträde / förrättning	Antal timmar	Ansvar	Verksamhet	Aktivitet	Summa
Förklaring, eller hänvisning till bilagor, för ovanstående yrkande:						

Datum	Sammanträde / förrättning	Antal timmar	Ansvar	Verksamhet	Aktivitet	Summa
Förklaring, eller hänvisning till bilagor, för ovanstående yrkande:						

### Underskrift

Undertecknad intygar härmed att ovanstående uppgifter är  
sanningsenliga

Datum	Datum	Datum
Underskrift	Granskningsattest	Beslutsattest (ordförande)