



KASSAN FÖR HÖGT UTBILDADE

ÄNDRINGSANMÄLAN TILL UTBETALAREN AV ALTERNERINGSERSÄTTNING

Namn: _____

Personbeteckning: _____

Näradress: _____

Postadress: _____

ÄNDRINGAR I ALTERNERINGSLEDIGHETEN -> MEDDELA KASSAN OMEDELBART

Alterneringsledigheten avbryts _____.____.____ - _____.____.____

Alterneringsledigheten upphör _____.____.____

Orsak: _____

T.ex. på arbete hos arbetsgivaren, arbetsförhållandet upphör, på arbete hos en annan arbetsgivare i över 2 veckor, moderskaps-, faderskaps- eller föräldrapenning, värnplikt eller civiltjänst, företagande som huvudsyssla eller annan orsak

ÄNDRINGAR GÄLLANDE INKOMSTER UNDER ALTERNERINGSLEDIGHETEN -> MEDDELA KASSAN OMEDELBART

____ Jag har mottagit ett deltidsarbete hos en annan arbetsgivare. -> Skicka ett löneintyg till kassan varje kalendermånad. Skicka även arbetsavtalet tillsammans med det första löneintyget.

____ Jag har mottagit ett heltidsarbete/tillfälligt arbete som varar högst 2 veckor. -> Skicka till kassan ett löneintyg och ett arbetsavtal som gäller för hela arbetsförhållandet.

____ Företagsverksamhet som bisyssla. -> Skicka till kassan det senast fastställda beskattningsbeslutet och specifikationsdelen/månatlig bokföring.

____ Förmån som den egna arbetsgivaren betalat; t.ex. semesterlön, retroaktivt arvode, naturaförmån... för tiden _____.____.____ - _____.____.____ -> Bifoga intyg/lönespecifikation.

____ Jag har ansökt om/ erhåller stöd för hemvård av barn. Meddela även ifall din make/maka erhåller eller har ansökt om stödet. -> Fyll i blanketten om hemvårdsstöd och skicka den till kassan.

____ Jag har ansökt/ erhåller annan socialförmån/inkomst _____.____.____ - _____.____.____ -> Bifoga intyg.

____ Jag är på sjukledighet/deltar i rehabilitering _____.____.____ - _____.____.____ -> Bifoga intyg.

____ Det är frågan om ett olycksfall -> Bifoga en kopia av försäkringsbolagets beslut.

ÖVRIGA FÖRÄNDRINGAR I OMSTÄNDIGHETERNA (namn, bankkonto, adress...)

Plats och tid

Underskrift