



KASSAN FÖR HÖGT UTBILDADE

ÄNDRINGSANMÄLAN TILL UTBETALAREN AV ALTERNERINGSERSÄTTNING

Namn:
Personbeteckning:
Näradress:
Postadress:

ÄNDRINGAR I ALTERNERINGSLEDIGHETEN - MEDDELA KASSAN OMEDELBART

Alterneringsledigheten avbryts, avbrottet börjar: _____ Avbrottet upphör: _____

Alterneringsledigheten upphör: _____

Orsak till ändringen:

- 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
- Annan orsak, vilken: _____

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 eller 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 eller månatlig bokföring.

Förmån som den egna arbetsgivaren betalat (t.ex. semesterlön, retroaktivt arvode, naturaförmån) från _____ till _____ Bifoga intyg eller lönespecifikation.

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

Jag har ansökt eller erhåller annan socialförmån eller inkomst från _____ till _____ Bifoga intyg.

Jag är på sjukledighet eller deltar i rehabilitering från _____ till _____ Bifoga intyg.

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



KASSAN FÖR HÖGT UTBILDADE

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

Plats och tid

Underskrift