

Ansökan om ersättning till donator

Blankett och originalkvitton skickas till:

Region Kalmar län, Ekonomiservice

Box 601

391 26 Kalmar



Region Kalmar län

Uppgifter om donator:

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Postnummer, Ort _____

Telefonnummer _____

Mail _____

Kontonummer _____

Om kontonummer lämnas tomt sker utbetalning via AVI.

Uppgifter om donationsmottagare:

Namn _____

Personnummer _____

Ansvarig

klirik _____

Remitterande

läkare _____

Donationsdatum _____

Sjukskrivningstid _____

Inkomstbortfall-Regionen ersätter för faktiskt lönebortfall som ej ersätts av Försäkringskassan eller annan sjukförsäkring. Ersättningen är en skattepliktig inkomst vilket innebär att Regionen gör avdrag för preliminär skatt. Kontrolluppgift för deklaration erhålls vid årets slut.

Anställd:

Arbetsgivare _____

Namn och telefonnummer till lönehandläggare _____

Bifoga intyg eller kopia på löneavi från arbetsgivaren som styrker avdrag på lön.

Eget företag-bifoga underlag på kostnad för vikarie.

Ersättning från Försäkringskassan eller annan försäkring-bifoga kopia av utbetalning som styrker erhållen ersättning.

Övriga utlägg	Specifikation	Kvitto nr	Belopp
Läkemedel			
Hotell			
Parkering			
Resor (ej egen bil)			
Övriga kostnader			

Datum _____ Underskrift _____ Namnförtydligande _____

