

Intyg efter arbete i familjeägt företag

Namn	Personnummer
------	--------------

Företagets namn	Organisationsnummer
Företagsform <input type="checkbox"/> Aktiebolag <input type="checkbox"/> Handelsbolag <input type="checkbox"/> Kommanditbolag <input type="checkbox"/> Ekon. förening <input type="checkbox"/> Enskild firma <input type="checkbox"/> Annat, ange vad _____	Telefonnummer
Verksamhetens art/bransch	Verksamhetens startår

Har du skriftligt anställningsavtal?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bifoga kopia
Redogör för dina arbetsuppgifter i företaget	
Har dina arbetsuppgifter övertagits av annan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange av vem
Hur många arbetar kvar i företaget?	Hur många av dessa är släkt med dig?

Har eller har du haft aktier/andelar i företaget?	Om ja, hur många och under vilken period?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	_____ st fr o m _____ tom _____

Redogör för fördelningen av aktier/andelar i företaget och ditt familjeförhållande till dessa personer (till familj räknas föräldrar, make/maka/sambo, barn, syskon)

Namn:	Familjeförhållande/släktskap:	Antal aktier/andel

Äger du del på annat sätt än som anges ovan, tex genom att du satsat kapital i företaget eller ägt inventarier?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange hur

Är eller har du varit styrelseledamot eller suppleant?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m _____ tom _____

Har du eller har du haft firmateckningsrätt?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m _____ tom _____

Har du deklarerat inkomst/intäkt från företaget? (Har endast din make/maka/sambo påförts inkomst/intäkt skall du ange nej)
<input type="checkbox"/> Ja Ange i vilket inkomstslag → <input type="checkbox"/> tjänst <input type="checkbox"/> näringsverksamhet <input type="checkbox"/> kapital
<input type="checkbox"/> Nej Ange varför du inte haft inkomst/intäkt från företaget: _____

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar på den här blanketten är riktiga och fullständiga. Jag förstår att jag måste meddela a-kassan inom två veckor om uppgifterna ändras.

Underskrift och försäkran

Datum	Underskrift
-------	-------------

Om utrymmet vid någon punkt är otillräckligt, skriv på baksidan!