

Anmälan om förändring rörande arbete i etableringsjobb

Arbetstagare

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
---------	-----------	------------------------------

Arbetsgivare

Arbetsgivare (företagsnamn)	Organisationsnummer
E-postadress	Telefonnummer

Kontaktperson hos arbetsgivaren

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
E-postadress		

Aktuell förändring

Anställningen avslutas i förtid

Slutdatum
Ange anledning

Arbetstagaren kommer att vara sjukskriven, föräldraledig eller tjänstledig på heltid.

Från och med	Till och med
--------------	--------------

Annan ändring

Beskrivning

Ändringen gäller från och med

Företaget utgör eller är en del av ett företag som är föremål för betalningskrav på grund av ett beslut av Europeiska kommissionen som förklarar ett stöd olagligt och oförenligt med den inre marknaden.

Ändringen gäller från och med

Arbetstagare och arbetsgivare som får stöd är skyldiga att omgående anmäla förändringar som kan påverka rätten till stöd eller stödets storlek. Arbetsförmedlingen ska ompröva rätten till stödet vid ändrade förhållanden i enlighet med 22 § förordningen (2022:807) om statlig ersättning för arbete i etableringsjobb.

Underskrift

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

Blanketten skickas till: Arbetsförmedlingen FE 8143, 10767 Stockholm