

Diarienummer

Meddelande om förändring för anställning med nystartsjobb

Arbetstagare

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

Arbetsgivare

Arbetsgivare (företagsnamn)	Organisationsnummer	
Utbetalningsadress	Postnummer	Postort
E-postadress	Telefonnummer	

Kontaktperson hos arbetsgivaren

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
E-postadress		

Administrativ kontaktperson hos arbetsgivaren

Förnamn	Efternamn
Telefonnummer	Adress
E-postadress	

Fyll i den ändring som är aktuell

Ny lön	Ange ny lön vid heltidsarbete (avser lön för normal arbetstid exklusive semesterersättning. Timlön omvandlas till månadslön).	Tjänstgöringsgrad % av heltid
Annan ändring		
Ändringen gäller från och med		

Arbetsförmedlingens beslut att en arbetsgivare har rätt till stöd ska förenas med en skyldighet för arbetsgivaren att omgående anmäla förändringar som kan påverka rätten till stöd eller stödets storlek. Ett beslut ska omprövas vid ändrade förhållanden. Förordning (2018:43) om stöd för nystartsjobb 32 §.

Arbetsgivarens underskrift/firmatecknare

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

Formuläret skickas till den arbetsförmedling som tagit det tidigare beslutet.