

Sendes til

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring
Kongens Vænge 8
3400 Hillerød

**Ansøgning om betaling af
tabt arbejdsfortjeneste**

Dine oplysninger

Navn	AES Sagsnummer
------	----------------

Udfyldes af din arbejdsgiver

Arbejdsgivers navn	Dato for fravær
Arbejdsgivers adresse	Antal timer (min. 2)
Timeløn (inkl. atp, pension og andre tillæg)	Løntab i alt
Kr.	Kr.

Dato og underskrift

Dato	Arbejdsgivers underskrift og evt. stempel
------	---