Anmälan om förändring för anställning med nystartsjobb

Arbetstagare

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

Arbetsgivare

Arbetsgivare (Företagsnamn)		Organisationsnummer
Utdelningsadress	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		

En arbetsgivare som får stöd är skyldig att omgående anmäla förändringar som kan påverka rätten till stöd eller stödets storlek. Arbetsförmedlingen ska ompröva rätten till stödet vid ändrade förhållanden.32 § förordningen (2018:43) om stöd för nystartsjobb.

Arbetsgivarens underskrift/firmatecknare

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

Formuläret skickas till: Arbetsförmedlingen, FE 8143, 107 67 Stockholm.