

Uppgiftsskyldighet föreligger enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Uppgifterna som lämnas skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekreteslagen (2009:400). Samråd har skett med Näringslivets Regelnämnd och Sveriges Kommuner och Regioner.

Arbetskraftskostnadens nivå och struktur

2020

INS/LSK

Arbetskraftskostnadens nivå och struktur (LCS)

Sista insändningsdag **2021-04-20**.Logga in på www.scb.se/lcs eller skicka in blanketten i bifogatsvarskuvert.

Användarnamn:

Lösenord:

Redovisningsperioden avser: 2020-01-01 - 2020-12-31

Om redovisningsperioden är annan än helår 2020 fyll i den period som uppgifterna avser och kommentera anledning till avvikelsen.

____ - ____
 å å m m d d å å m m d d

A. Anställda *se beräkningshjälp i instruktioner*

A.1 Genomsnittligt antal anställda	_____
A.2 Genomsnittligt antal heltidsanställda	_____
A.3 Genomsnittligt antal deltidanställda <i>inkl. tim- och säsongsanställda</i>	_____
A.4 Antalet deltidanställda omräknat till heltidspersoner <i>två decimaler</i>	_____, ____

B. Timmar *se beräkningshjälp i instruktioner*

B.1 Antal faktiskt arbetade timmar	Heltidsanställda	_____
	Deltidsanställda	_____
B.2 Antal avlönade timmar <i>inkl. betald frånvaro t.ex. semester</i>	Heltidsanställda	_____
	Deltidsanställda	_____

C. Lönekostnader

C.1 Total lönekostnad		_____
Varav	C.2 - Lön för arbetad och ej arbetad tid	_____
	C.3 - Sjuklön samt ersättning utöver Försäkringskassans förmåner	_____
	C.4 - Bonus, vinstdelning, personaloptioner	_____
	C.5 - Avgångsvederlag	_____
	C.6 - Utbetalning till anställdas sparprogram	_____

Skriv i tusental kronor

Om ingen kostnad, sätt ett kryss!



Postadress

701 89 Örebro

Telefon

010 - 479 6065

E-post

insamling.lon@scb.se

Vänd!

D. Förmåner m.m.		
D.1 Förmåner och kontanta ersättningar		Skriv i tusental kronor <input type="checkbox"/> Om ingen kostnad, sätt ett kryss!
		<input type="text"/>
E. Sociala avgifter		
E.1 Arbetsgivaravgifter enligt lag		
E.2 Arbetsgivaravgifter enligt avtal	a. Kollektiva avtalsförmåner	Skriv i tusental kronor <input type="checkbox"/> Om ingen kostnad, sätt ett kryss!
	b. Individuella avtalsförmåner	<input type="text"/>
	c. Övriga socialförsäkringar	<input type="text"/>
E.3 Särskild löneskatt etc.		<input type="text"/>
F. Andra arbetskraftskostnader		
F.1 Personalutbildningskostnader		Skriv i tusental kronor <input type="checkbox"/> Om ingen kostnad, sätt ett kryss!
F.2 Arbetsgivarens kostnader för företagssjukvård och företagshälsovård		<input type="text"/>
F.3 Kostnader för personalvård		<input type="text"/>
F.4 Kostnader för personalrekrytering, arbetskläder m.m.		<input type="text"/>
F.5 Övriga arbetskraftskostnader		<input type="text"/>
G. Bidrag		
G.1 Bidrag till arbetskraftskostnader		Skriv i tusental kronor <input type="checkbox"/> Om inga bidrag, sätt ett kryss!
		<input type="text"/>
H. Övrigt		
H.1 Hur lång tid tog det att ta fram och lämna de efterfrågade uppgifterna? <i>SCB arbetar aktivt med att minska den tid som företag och organisationer lägger på att lämna uppgifter. Därför är vi tacksamma om ni svarar på vår frivilliga fråga.</i>		Timmar <input type="text"/> Minuter <input type="text"/>

Kommentera gärna lämnade uppgifter, exempelvis om löner och/eller antal anställda förändrats till följd av nyanställningar, uppsägningar eller omorganisationer. Förklara även eventuell avvikelse från instruktion, anledning till avvikande redovisningsperiod, svårigheter

med framtagning av någon uppgift etc.

Kontaktperson

Namn (v.g. texta)	Telefon 1 (även riktnr)
E-post	Telefon 2 (mobilnr)

Spara en kopia av blanketten! Tack för er medverkan