

Umsókn um styrk úr sjúkrasjóð

- Sjúkraþjálfun/nudd Líkamsrækt Krabbameinsleit Viðtalsmeðferð
 Hjartavernd Heyrnatækjastyrkur Gleraugnastyrkur
 Laseraðgerð á augum Tannlæknastyrkur Útfarastyrkur
 Aðrir styrkir: _____

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ Heimasími/Gsm: _____

Heimilsfang: _____ Póstnúmer/staður: _____

Vinnustaður: _____ Netfang: _____

Umsókn skal skilað í síðasta lagi 19.hvers mánaðar. Skila þarf greiðslukvittun með umsókninni.

Styrkir eru greiddir inn á bankareikning. Mikilvægt er að reikningsnúmer sé rétt skráð

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur nr: _____

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Reiknað starfshlutfall sl.6 mánuði: _____

Úrskurður um styrk: _____

Dagsetning

Undirskrift starfsmanns