

## Umsókn um styrk úr sjúkrasjóð

- Sjúkrþjálfun/nudd  Líkamsrækt  Krabbameinsleit  Viðtalsmeðferð  
 Hjartavernd  Heyrnatækjastyrkur  Gleraugnastyrkur  
 Laseraðgerð á augum  Tannlæknastyrkur  Útfarastyrkur  
 Aðrir styrkir: \_\_\_\_\_

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_ kt: \_\_\_\_\_

Netfang: \_\_\_\_\_ Sími : \_\_\_\_\_

Umsókn skal skilað í síðasta lagi 19. hvers mánaðar. Skila þarf löglegri greiðslukvittun á nafni og kennitölu umsækjanda með umsókninni.

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

Númer banka: \_\_\_\_\_ Höfuðbók: \_\_\_\_\_ Reikningur nr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift umsækjanda

Með undirskrift minni lýsi ég því yfir að eftir bestu vitund eru ofangreindar upplýsingar réttar. Ef ofanlýst atriði breytast, eftir að umsókn þessi hefur verið undirrituð, þá muni það verða tilkynnt sjóðnum sem þá áskilur sér rétt til að endurmeta umsóknina í því ljósi. Með undirskrift minni staðfestist að ég hef kynnt mér reglur sjúkrasjóðs, m.a. reglur um endurkröfubeimildir sjóðsins fáí ég ofgreitt úr sjóðnum.

Jafnframt heimila ég starfsmönnum Verkalýðsfélags Snæfellinga að vinna persónuupplýsingar mínar í þágu félagsins og leita staðfestingar á gefnum upplýsingum og öðru því er varðar umsókn þessa.

\_\_\_\_\_  
Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Reiknað starfshlutfall sl.6 mánuði: \_\_\_\_\_

Úrskurður um styrk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift starfsmanns