

Sjúkrastyrkur

Umsóknum ber að skila á skrifstofu Samstöðu.



Umsókn um (merkið við):

Hjartavernd
Heilsustofnun HNLFI

Krabbameinsskoðun
Gleraugu, laseraðgerð

Tækniþróun
Heyrnartæki

Sjúkrþjálfun / heilsurækt
Annað:

Nafn umsækjanda:

Netfang:

Kennitala:

Heimsími:

Heimilisfang:

Póstnúmer:

Vinnustaður:

GSM:

Styrkir frá launagreiðanda eða öðrum vegna sömu greiðslukvittunar.

Upphæð styrks frá launagreiðanda/öðrum - styrkgreiðsla kr. _____

Greitt er af eftirstöðvum upphæðar eftir niðurgreiðslu atvinnurekanda/annara eftir úthlutunarreglum sjóðsins.

Hefur umsækjandi áður fengið styrk úr sjóðnum eða öðrum sjúkrasjóði? Nei Já, hvenær? _____

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur nr.: _____

Umsækjanda ber að sanna rétt sinn til styrks með framlagningu gagna:

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Frumrit af greiðslukvittun

Afrit af nýjasta launaseðli

Önnur gögn: _____

Dags: _____

Undirskrift umsækjanda

Útfyllist af starfsmanni

Reiknað starfshlutfall sl. 12 mánuði: _____

Úrskurður um styrk: Samþykkt Hafnað Upphæð kvittana: _____

Til greiðslu: _____

Annað: _____

Dags: _____

Umboðsmaður sjóðsstjórnar