

Sjúkrasjóður VSK og nágreennis



VERKALÝBS- OG SJÓMANNAFÉLAG
KEFLAVÍKUR OG NÁGRENNIS

Umsókn um (merkið við):

- Læknisþjónusta Endurþjálfun Vegna augnaðgerða Dvöl hjá NLFÍ
 Hjartavernd Krabbam. félagið Annað:

Nafn umsækjanda: _____

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

Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Reiknað starfshlutfall sl. 12 mánuði: _____

Úrskurður um styrk: _____

Dags: _____

Umboðsmaður sjóðsstjórnar