



**Félag járníðnaðarmanna Ísafirði**

kt. 590272-0199 – Hafnarstræti 9, 400 Ísafirði

Sími 456 5190 – Netfang: [postur@verkvest.is](mailto:postur@verkvest.is)

## **Umsókn um fæðingarstyrk úr sjúkrasjóði**

Umsækjandi: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Heimili: \_\_\_\_\_ Staður: \_\_\_\_\_

Banki \_\_\_\_\_ Hb. \_\_\_\_\_ Reikn.nr. \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

### **Umsókn þarf að fylgja fæðingavottorð barns.**

Fæðingarorlof hefst/hófst \_\_\_\_\_

Skýringar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vinnustaðir síðustu 12 mánuði \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Til hvaða tíma greiddi launagreiðandi laun \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Til þess að eiga fullan rétt á greiðslum úr Sjúkrasjóði Félags járníðnaðarmanna á Ísafirði þurfa sjóðfélagar að hafa greitt til félagsins samfellt síðastliðna 6 mánuði.

Mundu að merkja við á umsóknareyðublaði Fæðingaorlofssjóðs þar sem þú ferð fram á að greiðsla til stéttarfélags verði dregin frá greiðslum til þín í fæðingarorlofi til að halda fullum rétti hjá félaginu.

*Umsækjandi veitir umboðsmanni sjúkrasjóðs Félags járníðnaðarmanna hér með umboð til að afla viðeigandi gagna hjá Fæðingarorlofssjóði sem varða afgreiðslu umsóknarinnar sbr. lög um meðferð persónuupplýsinga.*

*Dagsetning* \_\_\_\_\_

*Undirskrift umsækjanda* \_\_\_\_\_