



**Félag járníðnaðarmanna Ísafirði**

kt. 590272-0199 – Hafnarstræti 9, 400 Ísafirði

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

## **Umsókn um styrk úr sjúkrasjóði (merkið við):**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heilsuefling          | <input type="checkbox"/> Hjálpar- og stoðtæki    | <input type="checkbox"/> Rannsóknir – forvarnir     |
| <input type="checkbox"/> Endurhæfing           | <input type="checkbox"/> Lækningar               | <input type="checkbox"/> Ferða- eða gistikostnaður  |
| <input type="checkbox"/> Augnaðgerð - gleraugu | <input type="checkbox"/> Heyrnart. – gervitennur | <input type="checkbox"/> Tæknifrjóvgun - ættleiðing |

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Staður: \_\_\_\_\_

Vinnustaður: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

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

Launagreiðandi \_\_\_\_\_

Kostnaður umsækjanda kr. \_\_\_\_\_

Styrkir frá launagreiðanda eða öðrum vegna sömu greiðslukvittunar kr. \_\_\_\_\_

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

**Umsækjanda ber að sanna rétt sinn til styrks með viðeigandi gögnum.**

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Frumrit af reikningi

Greiðslukvittun

Dagsetning \_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda \_\_\_\_\_