



Sjúkrasjóður

Styrkumsókn (setjið x í viðeigandi reit)

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krabbam.gr.sk. | <input type="checkbox"/> Krabbam.frh.sk. | <input type="checkbox"/> Blöðruh.sk. | <input type="checkbox"/> Hjartavernd | <input type="checkbox"/> Líkamsrækt |
| <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun | <input type="checkbox"/> Gleraugu/linsur | <input type="checkbox"/> Laser aðgerð | <input type="checkbox"/> Heyrnatæki | <input type="checkbox"/> NLFÍ dvöl |
| <input type="checkbox"/> Viðtalsmeðferð | <input type="checkbox"/> Tæknifrjóvgun | <input type="checkbox"/> Lesblindu greining | <input type="checkbox"/> Göngugreining | <input type="checkbox"/> CPAP svefngrímur |
| <input type="checkbox"/> Heilbrigðis og lífsstíls ráðgj. | <input type="checkbox"/> Ættleiðing erlendis frá | <input type="checkbox"/> SÁÁ/MFM | <input type="checkbox"/> Námsk.hætta að reykJa | |

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ Heimasími/GSM: _____

Heimilisfang: _____ Staður/Póstnúmer: _____

Vinnustaður: _____ Netfang: _____

Ef umsækjandi fær styrk frá atvinnurekanda eða öðrum vegna sömu greiðslukvittunar ber þess að geta hér. Styrkupp hæð atvinnurekanda eða annarra kr. _____ Greitt er af eftirstöðvum greiðslukvittunar þegar niðurgreiðsla frá atvinnurekanda eða öðrum hefur farið fram.

Í öllum tilfellum er greitt með rafrænum hætti inná bankareikning umsækjanda

Banka númer: _____ Hb: _____ Númer reiknings: _____

Umsókn skal berast til sjóðsins eigi síðar en 25. hvers mánaðar svo greiðsla geti orðið næstu mánaðarmót á eftir.

Merkið við þau gögn sem þurfa að fylgja umsókninni:

Frumrit af löggiltri kvittun þar sem kemur fram dagsetning, kennitala kaupanda og seljanda og heildarupp hæð sem greidd var. Ef kvittun er til uppsöfnunar til afsláttarkorts frá TR er ljósrit nóg.

Ljósrit af launaseðli sé þess óskað.

Dags umsóknar: _____ Undirskrift umsækjanda: _____

Afgreiðsla stjórnar sjúkrasjóðs: _____ F.h. sjúkrasjóðs: _____ Dags: _____