



Sjúkra- og styrktarsjóður Iðnsveinafélags Skagafjarðar Umsókn um styrk

Nafn _____ Kt. _____

Heimili _____

Heimasími _____ Vinnusími _____ GSM sími _____

Netfang/netföng _____

Bankanúmer / útibú _____ Höfuðbók _____ Reikningsnúmer _____

Vinnuveitandi sl. 12 mánuði _____

Umsókn um:

- Styrk v. frjósemisaðgerðar
- Endurgreiðslu v/krabbameinsleitar
- Endurgreiðslu v/líkamsræktar
- Styrk vegna gleraugnakaupa
- Styrk vegna heyrnartækjakaupa
- Endurgreiðslu v/sjúkraþjálfunar
- Styrk vegna dvalar á meðferðarstofnun
- Endurgreiðslu v/ferðakostnaðar til lækninga
- Styrk vegna laseraðgerðar
- Styrk skv. 12. grein reglugerðar sjúkra- og styrktarsjóðs

Fylgigögn umsóknar:

- Frumrit reiknings / greiðslukvittun / staðfesting
- Önnur gögn:

Hvaða gögn: _____

Athugið!

Að kröfu skattfyrivalda er staðgreiðsla tekin af greiðslum úr sjúkrasjóði.

Yfirlýsing:

Mér er kunnugt um að upplýsingar sem skráðar eru í þessa umsókn eru persónugreinanlegar upplýsingar og heyra undir lög um persónuvernd. Með undirskrift minni veiti ég félaginu rétt til þess að afla frekari gagna sem afgreiðsla umsóknarinnar getur byggt á, s.s. upplýsingum um tekjur og tekjuskatt ofl..

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Úrskurður sjóðstjórnar

Dags. kvittunar / staðfestingar	Samtals krónur	Hluttur sjúkra- og styrktarsjóðs kr.