



## Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Kt. 650102-3470  
Hafnarstræti 9, 400 Ísafirði  
Sími 456 5190  
www.verkvest.is  
sjukrasjodur@verkvest.is

### Umsókn um gleraugnastyrk úr sjúkrasjóði

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Heimilisfang \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

Farsími \_\_\_\_\_ Banki \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Reikningsnúmer \_\_\_\_\_

Kostnaður samtals kr. \_\_\_\_\_

Gögn sem þurfa að fylgja umsókn:

1. Frumrit af reikningi
2. Frumrit af greiðslukvittun.

*Til að eiga fullan rétt á styrk úr sjúkrasjóði Verk Vest (skv. 16 gr. Reglugerðar) þarf að hafa greitt til sjóðsins skv. kjarasamningum í a.m.k. 6 mánuði og er verið að greiða til sjóðsins þegar réttur til styrks myndast.*

*Sjóðurinn veitir styrk til gleraugnakaupa að hámarki kr. 100.000,- einu sinni á hverjum 36 mánuðum. Styrkupphæð getur aldrei orðið hærrí en kostnaðarverð skv. reikningi.*

#### **Rangar upplýsingar geta valdið missi bótaréttar vegna þessa máls hjá Sjúkrasjóði Verk Vest.**

*Með því að fylla út umsókn þessa samþykkir umsækjandi vinnslu persónuupplýsinga um sig af hálfu stéttarfélagsins, þ.e. yfirferð umsóknarinnar og fylgigagna, uppfléttingu í félagaskrá stéttarfélagsins, skráningu umsóknarinnar, niðurstöðu hennar og upphæð greiðslunnar. Eftir atvikum samþykkir umsækjandi einnig umfjöllun um umsóknina í sjúkrasjóði og/eða með lögmanni stéttarfélagsins. Umsækjandi samþykkir jafnframt að starfsmaður sjúkrasjóðs afli eftir atvikum frekari gagna sem styðja umsóknina svo sem upplýsinga frá atvinnurekanda, lífeyrissjóði eða úr þjóðskrá.*

Dagsetning \_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda \_\_\_\_\_