



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

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

Umsókn um iðgjaldatengdan styrk samkvæmt 17. grein sjúkrasjóðs:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Líkamsrækt / heilsuefling | <input type="checkbox"/> Rannsóknir – myndataka |
| <input type="checkbox"/> Hjálpartæki, svo sem gleraugu og heyrnartæki | <input type="checkbox"/> Sjónlagsaðgerðir / augnsteinnaaðgerðir |
| <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun, sjúkranudd eða kírópraktor | <input type="checkbox"/> Tannlækningar |

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ - _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____

Staður _____

Farsími _____ Netfang _____ @ _____

Launagreiðandi _____ Banki _____ HB _____ Reikningsnúmer _____

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 _____