



Sjúkrasjóður Verkalýðsfélags Akraness

Umsókn um greiðslu úr sjúkrasjóði VLFA

Upplýsingar um umsækjanda:

		Kennitala	
Nafn		Heimilisfang	
Pnr.	Staður	Símanúmer	
Banki	Höfuðbók	Reikningur	Netfang

Sótt er um eftirtalda styrki:

	Fæðingarstyrkur
	Glasa-, tæknifrjóvgun eða ættleiðing
	Styrkur vegna heilsufarsskoðunar
	Gleraugnastyrkur
	Heyrnartækjastyrkur
	Heilsueflingarstyrkur
	Dánarbætur
	Sjúkraþjálfun/sjúkranudd
	Sálfræðiþjónusta
	Göngugreining

Með umsókninni þarf að fylgja viðeigandi vottorð eigi það við og/eða greiðslukvittun.

Með undirskrift minni lýsi ég undirritaður/ rituð því yfir að eftir bestu vitund eru ofangreindar upplýsingar réttar. Jafnframt heimila ég starfsmönnum Verkalýðsfélags Akraness að leita staðfestingar á gefnum upplýsingum og öðru því er varðar umsókn þessa. Athugið að þótt staðgreiðsla sé ekki dregin af styrkjum við afgreiðslu, eru þeir framtalsskyldir og geta verið skattskyldir.

Akranesi ____/____ 2018

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla umsóknar, útfyllist af Verkalýðsfélagi Akraness:

Starfshlutfall sl. 12 mán: ____%

Upphæð kostnaðar: _____ Samþ. styrkuppahæð: _____

Annað: _____

Akranesi ____/____ 2018

Undirskrift starfsmanns