



## 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:

<input type="checkbox"/>	Fæðingarstyrkur
<input type="checkbox"/>	Glasa-, tæknifrjóvgun eða ættleiðing
<input type="checkbox"/>	Styrkur vegna heilsufarsskoðunar
<input type="checkbox"/>	Gleraugnastyrkur
<input type="checkbox"/>	Heyrnartækjastyrkur
<input type="checkbox"/>	Heilsueflingarstyrkur
<input type="checkbox"/>	Dánarbætur
<input type="checkbox"/>	Sjúkraþjálfun/sjúkranudd
<input type="checkbox"/>	Sálfræðipjónusta
<input type="checkbox"/>	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 \_\_\_ / \_\_\_ 2020

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla umsóknar, útfyllist af Verkalýðsfélagi Akraness:

Starfshlutfall sl. 12 mán: \_\_\_\_\_%

Upphæð kostnaðar: \_\_\_\_\_ Samþ. styrkuppþæð: \_\_\_\_\_

Annað: \_\_\_\_\_

Akranesi \_\_\_ / \_\_\_ 2020

Undirskrift starfsmanns