

Umsókn um styrk

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heilsuefling | <input type="checkbox"/> Sjúkra-/endurbjálfun | <input type="checkbox"/> Gleraugu/Linsur | <input type="checkbox"/> Dvöl hjá NLFÍ |
| <input type="checkbox"/> Hjartavernd | <input type="checkbox"/> Krabbameinsskoðun | <input type="checkbox"/> Glasa-/tæknifrjóvgun | <input type="checkbox"/> Heyrnartæki |
| <input type="checkbox"/> Viðtalsmeðferð | <input type="checkbox"/> Laser augnaðgerð | <input type="checkbox"/> Annað _____ | |

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ Vinnustaður: _____

Netfang: _____ Sími: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer/Staður: _____

Styrkir eru greiddir inn á bankareikning. Mikilvægt er að skrá rétt númer banka, höfuðbókar og bankareiknings.

Banki - Hb - Reikningur:

Greiðsluseðill fer rafrænt í heimabanka.

UMSÓKN VERÐUR EKKI AFGREIDD NEMA FULLNÆGJANDI GÖGN FYLGI

Greitt er út um mánaðarmót vegna umsókna sem berast í síðasta lagi 20. hvers mánaðar.

Merkið við þau gögn sem skilað er með umsókninni:

- Fullgild dagsett greiðsluvittun þar sem fram kemur kennitala kaupanda og seljanda, hvað var greitt fyrir og upphæð sem greidd var.
- Annað _____

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 umfjöllun um umsóknina í sjúkrasjóði og/eða yfirferð 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.

Dags. _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Úrskurður um styrk: _____

Dags. _____

Undirskrift starfsmanns