

Sjúkrasjóður Eflingar - Umsókn um styrk

Efling Sickness Benefits Fund - Grant application

Fundusz Świadczeń Chorobowych Efling - Wniosek o przyznanie dotacji



Nafn / Name / Imię i nazwisko: _____

Kennitala / ID nr: _____ E-mail: _____

Heimilisfang / Address: _____ Sími / Tel: _____

Póstnr. / Zip code / Kod pocztowy: _____ Vinnustaður / Workplace / Miejsce pracy: _____

Styrkir eru greiddir inn á bankareikning. / Payments are deposited into a bank account. / Dotacje będą wypłacane na rachunek bankowy.
Greiðsluseðill fer rafrænt í heimabanka. / An electronic payment slip will be sent to your on-line bank. / Elektroniczny odcinek
płatności zostanie wysłany do Twojego banku internetowego.

Bankareikningur / Bank account / Nr. Konta: _____

UMSÓKN VERÐUR EKKI AFGREIDD NEMA FULLNÆGJANDI GÖGN FYLGI

AN APPLICATION WILL NOT BE PROCESSED UNLESS THE NECESSARY DOCUMENTS ARE PROVIDED

WNIOSEK NIE ZOSTANIE ROZPATRZONY, DOPÓKI NIE ZOSTANĄ DOSTARCZONE NIEZBĘDNE DOKUMENTY

Með umsókn skal fylgja / Attached with application / Do wniosku należy dołączyć:

IS Fullgild dagsett greiðslukvittun þar sem fram kemur kennitala kaupanda og seljanda, hvað var greitt fyrir og upphæð sem greidd var.

EN A valid dated invoice stating the buyer's ID number, the seller's ID number, product or service paid for and the paid amount.

PL Ważną fakturę zawierającą numer identyfikacyjny kupującego (kennitala), dane sprzedającego, nazwę zakupionego produktu/ usługi oraz kwotę.

Íslenska

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

English

By filling out this form, the applicant authorises the union to process their personal data, i.e. review of the application and the supporting documents, reference to the union membership register, registration of the application, its outcome and the paid amount. If applicable, the applicant authorises the fund to review the application and/or a review by a lawyer from the union. The applicant also authorises an employee of the fund to gather, if applicable, further documents in support of the application, such as information from an employer, a pension fund or the national register.

Polska

Wypełniając ten formularz, wnioskodawca upoważnia związek do przetwarzania jego danych osobowych, tj. przeglądu wniosku i dokumentów potwierdzających, odniesienia do rejestru członkostwa w związku, rejestracji wniosku, jego wyniku i wpłaconej kwoty. W stosownych przypadkach wnioskodawca upoważnia fundusz do przeglądu wniosku i / lub przeglądu przez prawnika ze związku. Wnioskodawca upoważnia również pracownika funduszu do gromadzenia, w stosownych przypadkach, dodatkowych dokumentów na poparcie wniosku, takich jak informacje od pracodawcy, funduszu emerytalnego lub rejestru krajowego.

_____ Dags. / Date / Data

_____ Undirskrift umsækjanda / Applicant's signature / Podpis wnioskodawcy

Afgreiðsla sjúkrasjóðs: _____

_____ Dags. / Undirskrift