



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Kt. 650102-3470 – Pólgötu 2, 400 Ísafirði
Sími 456 3190 – Bréfsími 456 3113

Umsókn um inneignatengdan styrk (merkið við):

Heilsuefling Hjálpartæki Rannsóknir - myndataka

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ Heimasisími: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Vinnustaður: _____ GSM: _____

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur: _____

Styrkir frá launagreiðanda eða öðrum vegna sömu greiðslukvittunar.

Upphæð styrks frá launagreiðanda/öðrum – styrkgreiðsla kr. _____

Greitt er af eftirstöðvum upphæðar eftir niðurgreiðslu atvinnurekanda/annarra eftir úthlutunarreglum sjóðsins.

Hefur umsækjandi áður fengið styrk úr sjóðnum eða öðrum sjúkrasjóði?

Nei Já, hvenær? _____

Umsækjanda ber að sanna rétt sinn til styrks með viðeigandi gögnum.

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Frumrit af greiðslukvittun Afrit af nýjasta launaseðli

Önnur gögn: _____

Dags: _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs:

Tímabil	Hve oft	Samtals krónur	Hluttur VV

_____ Dags.

_____ Umboðsmaður sjúkrasjóðs