



# Verkalýðsfélag Vestfirðinga

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

## Umsókn um styrk vegna endurhæfingar

Sjúkrþjálfun       Sjúkranudd       Annað \_\_\_\_\_

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Heimasími: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Póstnúmer: \_\_\_\_\_

Vinnustaður: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Númer banka: \_\_\_\_\_ Höfuðbók: \_\_\_\_\_ Reikningur: \_\_\_\_\_

Sótt er um fyrir \_\_\_\_\_ skipti.      Kostnaður sjúklings \_\_\_\_\_

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