



**Verkalýðsfélag Vestfirðinga**

Pólgötu 2. 400 Ísafirði sími: 456-5190 Fax: 456-3113

## Umsókn um fæðingarstyrk úr sjúkrasjóði

Umsækjandi: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_

Heimili: \_\_\_\_\_ Póstnúmer: \_\_\_\_\_

Bankareikningur: Banki \_\_\_\_\_ Hb. \_\_\_\_\_ Reikn.nr. \_\_\_\_\_

### Umsókn þarf að fylgja fæðingavottorð barns.

Fæðingarorlof hófst \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Skýringar: \_\_\_\_\_

Vinnustaðir síðustu 12 mánuði \_\_\_\_\_

Til hvaða tíma greiddi launagreiðandi laun \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Til þess að eiga fullan rétt á greiðslum úr Sjúkrasjóði Verkalýðsfélags Vestfirðinga þurfa félagsmenn að hafa greitt til félagsins samfelld síðastliðna 12 mánuði.**

**Munið að merkja við á umsóknareyðublaði Fæðingaorlofssjóðs hjá Tryggingastofnun þar sem þú ferð fram á að greiðsla til stéttarfélags verði dregin frá greiðslum til þín í fæðingarorlofi til að halda fullum rétti hjá félaginu.**

Staður \_\_\_\_\_ dags. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Undirskrift. umsækjanda