

Sjúkrasjóður VSFK og nágreennis

Umsóknun ber að skila á skrifstofu VSFK eigi síðar en 23. hvers mánaðar.



VERKALÝBS- OG SJÓMANNAFÉLAG
KEFLAVÍKUR OG NÁGRENNIS

Umsókn um (merkið við):

Hjartavernd

Krabbameinskoðun

Sjúkrþjálfun / heilsurækt

Annað:

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ Heimsími: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Vinnustaður: _____ GSM: _____

Styrkir frá launagreiðanda eða öðrum vegna sömu greiðslukvittunar.

Upphæð styrks frá launagreiðanda/öðrum - styrkgreiðsla kr. _____

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

Hefur umsækjandi áður fengið styrk úr sjóðnum eða öðrum sjúkrasjóði? Nei Já, hvenær? _____

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur nr.: _____

Umsækjanda ber að sanna rétt sinn til styrks með framlagningu gagna:

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Frumrit af greiðslukvittun

Afrit af nýjasta launaseðli

Önnur gögn: _____

Dags: _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Reiknað starfshlutfall sl. 12 mánuði: _____

Úrskurður um styrk: _____

Dags: _____

Umboðsmaður sjóðsstjórnar