



# Umsókn um greiðslu úr sjúkrasjóði VSBOL

## Upplýsingar um umsækjanda

Nafn	Kennitala
Heimili	Póstnr.
Netfang	Sími / GSM

## Bankareikningur:

Nafn banka	Reikningsupplýsingar
------------	----------------------

## Sótt er um eftirtalda styrki:

<input type="checkbox"/> Tannlæknastyrkur <input type="checkbox"/> Fæðingarstyrkur <input type="checkbox"/> Styrkur vegna heilsufarsskoðunar <input type="checkbox"/> Gleraugnastyrkur <input type="checkbox"/> Heyrnartækjastyrkur <input type="checkbox"/> Heilsueflingarstyrkur <input type="checkbox"/> Dánarbætur <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun / Sjúkranudd <input type="checkbox"/> Sálfræðiþjónusta <input type="checkbox"/> Annað _____
--

## Með umsókninni þarf að fylgja viðeigandi vottorð eigi það við og/eða greiðslukvittun.

<p>Með undirskrift minni lýsi ég undirritaður/ rituð því yfir að eftir bestu vitund eru ofangreindar upplýsingar réttar. Jafnframt heimila ég starfsmönnum Verkalýðs- og sjómannafélags Bolungarvíkur að leita staðfestingar á gefnum upplýsingum og öðru því er varðar umsókn þessa. Athugið að þótt staðgreiðsla sé ekki dregin af styrkjum við afgreiðslu, eru þeir framtalsskyldir og geta verið skattskyldir.</p>
--

Staður	Dagsetning	Undirskrift umsækjanda
--------	------------	------------------------

## Afgreiðsla umsóknar, útfyllist af Verkalýðs- og sjómannafélagi Bolungarvíkur

Starfshlutfall sl. 12 mán: _____
Upphæð kostnaðar: _____ Samp. styrkuppheð: _____
Annað: _____
Staður: _____ Dags: _____ Undirskrift starfsmanns