



Umsókn um styrk

Sjúkrasjóður AFLs
Búðareyri 7 • 730 Reyðarfirði
sjukrasjodur@asa.is

Nafn	Kennitala	
Heimili	Póstnúmer	Staður
Heimasími	Farsími	Netfang
Vinnustaður	Vinnusími	

Sótt er um styrk til:	Banki	HB	Reikningsnúmer
<input type="checkbox"/> Heilsueflingar			
<input type="checkbox"/> Heymartækjakaupa			
<input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfunar			
<input type="checkbox"/> Hjartav./Krabbam.			
<input type="checkbox"/> Ferðakostnaðar			
<input type="checkbox"/> Gleraugnak./laseraðgerðar			
<input type="checkbox"/> Gleraugnakaupa barns			
<input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun barns			
<input type="checkbox"/> Tæknifrjógungun			
<input type="checkbox"/> Annað			

Ef sótt er um styrk vegna gleraugnakaupa, sjúkraþjálfunar eða ferðakostnaðar barns sjóðsfélaga, tilgreinið nafn barnsins og kennitölu

Hefur umsækjandi verið félagi í/fengið styrk eða dagpeninga frá öðrum sjúkrasjóði aðildarfélags Alþýðusambands Íslands síðustu 12 mánuði?

Nei Já Hvaða sjúkrasjóður: _____

Rangar upplýsingar gefnar af umsækjanda geta valdið missi bótaréttar úr sjúkrasjóði AFLs.

Öllum umsóknum þarf að fylgja lögleg greiðslukvittun þar sem fram kemur nafn viðtakanda, kennitala og VSK nr. Nafn umsækjanda / barns þarf að koma frá á greiðslukvittun. Umsóknum vegna sjúkraþjálfunar þarf að fylgja læknisvottorð / tilvísun læknis. Umsóknum vegna ferðakostnaðar þarf að fylgja greiðslusynjun Tryggingastofnunar.

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

Fyllist út af umboðsmanni sjúkrasjóðs

Athugasemdir	Sent stjórn (dags.)
	Afgreitt (dags.)
	Úrskurður
	Greitt úr sjúkrasjóði
Dagsetning	Undirskrift umboðsmanns