|  |
| --- |
| Ástæða umsóknar  |
| [ ]  Veikindi sjóðfélaga |
| [ ]  Veikindi barns |
| [ ]  Veikindi maka |
| [ ]  Fráfall nákominna[ ]  Annað, hvað?       |
| Upplýsingar um umsækjanda |
| Nafn       |
| Kt.       | Tölvupóstur       |
| Heimilisfang       | Póstnúmer       |
| Heimasími       | Vinnusími       | GSM        |
| Vinnustaður       | Starfshlutfall       |
| Vinnustaðir, ef fleiri en einn á síðustu 6 mánuðum       |
| Hvenær varð umsækjandi óvinnufær?       |
| Hvenær var/verður umsækjandi vinnufær á ný?       |
| Hvenær var síðasta launagreiðsla?       |
| Bankaupplýsingar  |
| Bankanúmer       | Höfuðbók       | Reikningsnúmer       |
| Fylgigögn með umsókn  |
| [ ]  Læknisvottorð |
| [ ]  Launaseðill  |
| [ ]  Vottorð vinnuveitanda um að launagreiðslur hafi fallið niður og frá hvaða tíma |
| [ ]  Aðrar greiðslur/yfirlit sem umsækjandi nýtur og teljast ígildi launa, svo sem frá lífeyrissjóði, TR ofl.  |
| [ ]  Skattkort (valkvætt) Frá hvaða tíma :       Prósenta á skattkorti:       |
| Yfirlýsing og undirskrift |
| * **Með undirskrift sinni samþykkir umsækjandi að veita starfsmanni Styrktarsjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga umboð til að afla gagna sem varða umsóknina, s.s. upplýsinga um greiðslur frá TR, lífeyrissjóði eða öðrum stofnunum sbr. Lög um meðferð persónuupplýsinga.**
* **Samanlagðar greiðslur sjóðsins og aðrar greiðslur skulu aldrei nema hærri fjárhæð en tekjum sem fallið hafa niður.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dagsetning Undirskrift umsækjanda**Allar upplýsingar eru trúnaðarmál og farið með sbr. lög um meðferð persónuupplýsinga.** |
| Afgreiðsla sjóðsins |
|       |
| Styrktarsjóður Fíh - Sími: 540-6407 - Netfang: sjodir@hjukrun.is - Vefsíða: www.hjukrun.is |