



Wnidsek o zapomoge

Fundusz chorobowy AFL-u
Búðareyri 7 • 730 Reyðarfirði
sjukrasjodur@asa.is

Imie i nazwisko		Pesel (islandzki)	
Adres		Kod pocztowy	Miejscowosc
Numer telefonu		Tel. komórkowy	
		Adres e-mail	
Miejsce pracy		Tel.	

Ubiega sie o zapomoge z tytułu:			Numer banku	Numer HB	Numer konta
<input type="checkbox"/> Cwiczen zdrowotnych	<input type="checkbox"/> Zakupu okularów/zabiegu laserowego na oczy				
<input type="checkbox"/> Zakupu aparatu sluchowego	<input type="checkbox"/> Zakupu okularów dla dziecka				
<input type="checkbox"/> Fizjoterapii	<input type="checkbox"/> Fizjoterapii dziecka				
<input type="checkbox"/> Zapobieganiu chorobom serca/raka	<input type="checkbox"/> Zabiegu In vitro				
<input type="checkbox"/> Kosztów podróży	<input type="checkbox"/> Inne				

Jezeli osoba ubiega sie o zapomoge z tytułu kupna okularów lub fizjoterapii dziecka, nalezy przedstawic imie dziecka oraz jego islandzki pesel

Czy wnioskodawca byl czlonkiem/dostal zapomoge lub diete z innych funduszy chorobowych podlegajacych Alþýðusamband Íslands w ostatnich 12 miesiacach? Nie Tak Jaka zapomoge:

W przypadku kiedy wnioskodawca nie poda poprawnych informacji osoba ta utraci prawo do swiadczen chorobowych z Funduszu Chorobowego AFL

Do wszystkich podan powinno sie dolaczyc potwierdzony rachunek, na którym jest imie i nazwisko placacego, jego islandzki pesel i ew. numer vat. Imie wnioskodawcy/dziecka powinien byc na rachunku. Do podania z tytułu fizjoterapii powinno sie dolaczyc zaswiadczenie lekarskie/informacje od lekarza. Do podania z tytułu kosztów podróży powinno sie dolaczyc odrzucone podanie z Ubezpieczalni Społecznej (TR). Wnioskodawca niniejszym podpisem udziela Funduszowi AFL pozwolenia do zebrania dokladniejszych informacji, które potrzebne beda do rozpatrzenia podania, czyli informacji o placonym podatku, potwierdzenia o wyplaconych swiadczeniach z Ubezpieczalni Społecznej i/lub innych instytucji/funduszy emerytalnych, wg. prawa o uzywaniu informacji osobistych. Wnioskodawca wydaje zgode na zatwierdzenie zaswiadczenia lekarskiego i innych dokumentów przez lekarza Funduszu Chorobowego.

Data	Podpis wnioskodawcy
------	---------------------

Wypelnione przez upowaznionego pracownika Funduszu Chorobowego

Uwagi	Wyslano do komisji dnia
	Rozpatrzo dnia
	Decyzja
	Swiadczenia z Funduszu Chorobowego
Data	Podpis upowaznionego pracownika