

# UMSÓKN UM DAPENINGA ÚR STYRKAR- OG SJÚKRASJÓÐI



Vinsamlegast fyllið út

Nafn: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_

Heimili: \_\_\_\_\_

Póstnúmer: \_\_\_\_\_ Staður: \_\_\_\_\_

Sími: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Nýting skattkorts frá dagsetn.: \_\_\_\_\_ Hlutfall nýtingar skattkorts %: \_\_\_\_\_

## Tegund dagpeninga:

- Vegna veikinda eða slys
- Vegna langvarandi veikinda maka eða barna
- Vegna áfengismeðferðar

Heilsustofnun: \_\_\_\_\_

Bankaupplýsingar: Banki \_\_\_\_\_ Höfuðbók \_\_\_\_\_ Reikn. nr. \_\_\_\_\_

## Fylgigögn með umsókn:

- Læknisvottorð  Útprentun úr staðgreiðsluskrá skattstjóra
- Staðfesting vinnuveitanda  Staðfesting frá heilsustofnun