

Umsókn um styrk til greiðslu á kostnaði við ferðir
innanlands vegna veikinda og/eða fötlunar barns

| | | | |
|---|--|--|---|
| Umsókn um (merkið við): | Ferðakostnað já <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> | Gistikostnað já <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> | Upphaldskostnað já <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> |
| Nafn barns (yngra en 18 ára): | Kennitala: | | |
| Nafn umsækjanda (forsjárforeldris): | Kennitala: | | |
| Heimilisfang: | Símanr./netfang: | | |
| Nafn fylgdarmanns: | Kennitala: | | |
| Tengsl eða skyldleiki fylgdarmanns við sjúkling | Heimilisfang | Símanr./netfang: | |

Styrkir frá Tryggingastofnun vegna sömu ferða

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| Fjárhæð: Kr.: | Ferðakostnaður já <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> | Gistikostnaður já <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> | Annar kostnaður já <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> |
|------------------|--|--|---|

Styrkir frá öðrum aðilum vegna sömu ferða

| | | |
|------------------|----------|----------------|
| Fjárhæð: Kr.: | Skýring: | Styrktaraðili: |
|------------------|----------|----------------|

Kostnaður vegna veikinda og/eða fötlunar barns

| Tímabil læknismeðferðar/rannsóknna: | Kostnaður sjúklings/barns: | Kostnaður vegna fylgdarmanns/manna |
|---|----------------------------|------------------------------------|
| Ferða-, gisti- og upphaldskostnaður: | | |
| Annar kostnaður: | | |

Útlagður kostnaður samtals:

Umsækjanda ber að sýna fram á útlagðan kostnað með því að leggja fram frumrit gagna.

Eftirfarandi gögn fylgja umsókn

| | | |
|--|--|--|
| Ferða-, gisti- og upphaldskostnaður <input type="checkbox"/> | Greinargerð umsækjanda (forsjárforeldris) <input type="checkbox"/> | Læknisvottorð <input type="checkbox"/> |
| Önnur gögn, hvaða? | | |

Upplýsingar vegna greiðslu styrks

| | |
|--|--|
| Banki <input type="checkbox"/> Dagbók <input type="checkbox"/> Reikningsnúmer <input type="checkbox"/> | Umsækjandi gefur stjórn Minningargjafasjóðs Landspítala Íslands hér með umboð til að afla upplýsinga um styrkveitingar vegna ofangreindrar ferðar hjá Tryggingastofnun ríkisins og öðrum styrktaraðilum. |
| Bankareikningur: Kennitala móttakanda greiðslu: | |
| | Dags. <input type="checkbox"/> Undirskrift <input type="checkbox"/> |
| | Umsókn yfirfarin |
| | Dags. <input type="checkbox"/> Undirskrift <input type="checkbox"/> |

Útfyllt af sjóðstjórn

| | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------|
| Heildarkostnaður ISK: | | Afgreiðsla: | |
| Ósamþykktur kostnaður til frádráttar: | | | Samþykktur styrkur: |
| Greitt af öðrum: | | Númer kvittunar: | |
| Styrkhæf heildarfjárhæð: | | Greitt á bankareikning styrkþega: | |
| Reiknuð daggjöld til samanburðar: | | | |