



## Umsókn um dagpeninga / Per diem payment application / Wniosek o zapomogę

(setjið x í viðeigandi reit) (mark with an x in the relevant box) (zaznacz X w odpowiednim polu)

Veikindi / **Sickness** / **choroba**

Veikindi maka/barns / **Sickness of spouse/child** / **choroba partnera/dziecka**

Vinnuslys/Slys/Annað slys / **Job related accident/Accident/Other accident** / **wypadek w pracy/wypadek/inny wypadek**

Nafn umsækjanda / **Name of applicant** / **Imię i nazwisko wnioskodawcy**: \_\_\_\_\_

Kennitala / **ID-Kennitala** / **numer identyfikacyjny**: \_\_\_\_\_

Heimasími/GSM / **Telephone number home/Cell Phone number** / **telefon domowy/komórkowy**: \_\_\_\_\_

Heimilisfang / **Address** / **adres**: \_\_\_\_\_

Póstnúmer / **Postcode** / **kod pocztowy**: \_\_\_\_\_

Netfang / **E-mail** / **email**: \_\_\_\_\_

Hvenær varð umsækjandi launalaus? / **When did the applicant become unpaid?** / **Od kiedy wnioskodawca nie otrzymuje poborów?** \_\_\_\_\_

Hvenær er áætlað að umsækjandi geti hafið störf á ný? / **When is the applicant expected to be able to start working agin?** / **Kiedy wnioskodawca będzie zdolny do podjęcia pracy?** \_\_\_\_\_

Var umsækjandi í öðru stéttarfélagi á s.l. 6. mánuðum? ef já í hvaða félagi. / **Was the applicant a member of another union during the past 6 months?, if yes then name that union.** / **Czy wnioskodawca należał do innych związków zawodowych w ciągu ostatnich 6 miesięcy? Jeśli tak, jakich?** \_\_\_\_\_

Í öllum tilfellum er greitt með rafrænum hætti inná bankareikning umsækjanda / **In all instances there will be a deposit made by electronic means into applicant's bank account** / **We wszystkich przypadkach wpłaty dokonywane są bezpośrednio na konto bankowe wnioskodawcy.**

Bankanúmer	Hb	Númer reiknings
Bank code	Account book nr.	Account number
numer banku		numer konta

\_\_\_\_\_

Umsókn skal berast til sjóðsins eigi síðar en 25. hvers mánaðar svo greiðsla geti orðið næstu mánaðamót. / **The Fund must receive the application no later than by the 25th of each month in order for payment to be made by the end of month/beginning of the next month.** / **Wniosek należy złożyć nie później niż do 25 każdego miesiąca aby otrzymać dotację w miesiącu kolejnym.**



## Umsókn um dagpeninga / Per diem payment application / Wniosek o zapomogę

Gögn sem þurfa að fylgja umsókninni: / Supporting documentation that must accompany the application: / Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:

- Læknisvottorð / Medical certificate / zaświadczenie lekarskie
- Ljósrit af seinasta launaseðli / Photocopy of the latest payslip / kopia ostatniego odcinka wypłaty
- Starfsvottorð vinnuveitanda þar sem fram kemur hvaða dag umsækjandi varð launalaus og hve margir veikindadagar voru greiddir / Certificate of employment issued by employer stating the date when the applicant became unpaid and the number of sick days that were paid / Zaświadczenie od pracodawcy, w którym zaznaczono od kiedy wnioskodawca nie otrzymuje wynagrodzenia oraz za ile dni chorobowych otrzymał wynagrodzenie.

Ég óska eftir því að nýta persónuafslátt minn hjá sjóðnum (Rafrænt skattkort) / I want to use my personal tax credit with the Fund (Electronic taxcard) / Wnoszę o użycie mojej karty podatkowej przez fundusz (cyfrowa karta podatkowa)

Hlutfall % / Percentage % / Odsetek % \_\_\_\_\_

Frá dags: / As of date / Od dnia \_\_\_\_\_

Ónýttur persónuafsláttur kr. / Unused personal tax credit ISK / Niewykorzystana zniżka podatkowa ISK. \_\_\_\_\_

Dagsetning umsóknar: / Application date: / data wniosku \_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda: / Applicant's signature: / podpis wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Með umsókn þessari veitir umsækjandi sjúkrasjóði Hlífar heimild til að afla frekari gagna ef þurfa þykir til að staðfesta rétt umsækjanda um greiðslur úr sjóðnum. Einnig samþykkir umsækjandi að starfsendurhæfingarráðgjafi sjóðsins hafi aðgang að öllum gögnum hans og skuldbindur sig til að koma í viðtal hjá honum telji hann þess þörf. Um réttindi og skyldur varðandi dagpeninga fer samkvæmt reglugerð sjúkrasjóðs Hlífar.

By this application the applicant hereby authorises the Hlíf Sickness Fund to gather further documentation, if needed, in order to confirm the applicant's right to receive payments from the Fund. Furthermore the applicant agrees that the Fund's occupational rehabilitation consultant shall have access to all of the applicant's data and the applicant commits to visiting the consultant for consultation if the consultant thinks this is necessary. The rights and obligations relating to per diem payments shall be governed by the Hlíf sickness Fund regulations.

Niniejszym wnioskiem wnioskodawca udziela funduszowi chorobowemu Hlíf pozwolenia na zebranie niezbędnych informacji w celu wypłacenia dotacji z funduszu. Wnioskodawca wyraża również zgodę aby doradca rehabilitacyjny funduszu chorobowego otrzymał dostęp do wszystkich dokumentów oraz zobowiązuje się do stawienia się na spotkanie z doradcą jeśli zajdzie taka potrzeba. Prawa i wymagania dotyczące zapomogi zawarte są w regulaminie funduszu chorobowego Hlíf.