



## Styrkumsókn / Application form for Sickness Fund benefits / Wniosek o dofinansowanie

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

Krabbameinsgreining skoðun / Cancer diagnostic examination / **diagnoza cytologiczna kontrola**  
 Krabbameinsframhaldsskoðun / Cancer follow-up examination / **kolejna kontrola cytologiczna**  
 Blöðruhálskskoðun / Prostate examination / **Badanie prostaty**  
 Hjartavernd / National Association for the Prevention of Heart Diseases / **Kontrola kardiologiczna**  
 Líkamsrækt / Physical training / **siłownia**  
 Sjúkrabjálfun / Physiotherapy / **fizjoterapia**  
 Gleraugu/linsur / Eyeglasses/Contact lenses / **okulary/soczewki kontaktowe**  
 Laseraðgerð / Laser surgery / **zabieg laserowy**  
 Heyrnartæki / Hearing aid / **aparat słuchowy**  
 Dvöl í NLFÍ / Stay at the NLFÍ sanatorium / **pobyt w NLFÍ**  
 Viðtalsmeðferð / Interview therapy / **psychoterapia**  
 Tæknifrjógun / Artificial insemination / **sztuczne zapłodnienie**  
 Lesblindugreining / Dyslexia diagnosis / **diagnoza dysleksji**  
 Göngugreining / Gait diagnosis / **diagnoza postawy podczas chodzenia**  
 CPAP svefngrímur / CPAP masks / **CPAP maska do spania**  
 Heilbrigðis og lífsstílsráðgjöf / Health and lifestyle consulting / **Porady dotyczące zdrowia i stylu życia**  
 Ættleiðing erlendis frá / Adoption from abroad / **adopcja zagraniczna**  
 SÁÁ/MFM / SÁÁ-National Center for Addiction Medicine/MFM-Center for Food Addiction / **SÁÁ/MFM**  
 Námsk til að hætta að reykja / Stop Smoking Course / **pomoc w rzuceniu palenia**

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:** \_\_\_\_\_

Ef umsækjandi fær styrk frá atvinnurekanda eða öðrum vegna sömu greiðslukvittunar ber að taka það fram hér.

Styrkupphæð atvinnurekanda eða annarra kr. \_\_\_\_\_

Greitt er af eftirstöðvum greiðslukvittunar þegar niðurgreiðsla frá atvinnurekanda eða öðrum hefur farið fram.

Í öllum tilfellum er greitt með rafrænum hætti inná bankareikning umsækjanda.

If the applicant receives benefits paid by employer or by other entity on account of the same receipt of a payment it must be stated here. Benefits paid by employer or by other entity/entities, amount ISK: \_\_\_\_\_

The remaining amount of the receipt of a payment will be paid out when the subsidy from employer or other entity has been paid.

In all instances there will be a deposit made by electronic means into applicant's bank account

Jeśli wnioskodawca otrzyma dotację od pracodawcy bądź innego źródła za te same rachunki należy zaznaczyć to tutaj. Wielkość dofinansowania od pracodawcy lub z innego źródła ISK. \_\_\_\_\_

Dotację wypłaca się za część pozostałą po dofinansowaniu od pracodawcy lub z innego źródła.

We wszystkich przypadkach wpłaty dokonywane są bezpośrednio na konto bankowe wnioskodawcy.



## Styrkumsókn / Application form for Sickness Fund benefits / Wniosek o dofinansowanie

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 mánaðarmót á eftir.  
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 following month.

Wniosek należy złożyć nie później niż do 25 każdego miesiąca aby otrzymać dotację w miesiącu kolejnym.

Gögn sem þurfa að fylgja umsókninni:

Supporting documentation that must accompany the application:

Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:

- Frumrit af löggiltri kvittun þar sem kemur fram dagsetning, kennitala kaupanda og seljanda og heildarupphæð sem greidd var. Ef kvittun er til uppsöfnunar til afsláttarkorts frá TR er ljósrit nóg.
- Ljósrit af launaseðli sé þess óskað.
- The original copy of an authorised receipt stating the date, the ID-kennitala of buyer and of seller and the amount total that was paid. If the receipt is used for accrual in order to obtain a discount card from TR-the social insurance administration then a photocopy will suffice.
- Photo copy of payslip if requested.
- Oryginał rachunku z datą wydania, numerem identyfikacyjnym kupującego i sprzedającego oraz kwota. Jeśli faktura potrzebna jest do uzyskania karty zniżkowej z TR, wystarczy dostarczyć kserokopię.
- Kserokopię odcinka wypłaty jeśli zajdzie taka potrzeba.

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

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