



Sjúkrasjóður Kennarasambands Íslands
Laufásvegi 81
101 Reykjavík – IS
Sími: 595 1111

Umsókn um fæðingarstyrk

Nafn umsækjanda		Kennitala
Heimilisfang		Póstnúmer og staður
Heimasími	Farsími	Netfang
Vinnustaður	Vinnusími	
Kennitala barns/barna		

Með umsókninni fylgir:

Ljósrit af fæðingarvottorði/um

Greiðslur leggist inn á:

Bankanúmer	Höfuðbók	Reikningsnúmer
------------	----------	----------------

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda

STAÐFESTING SKÓLASTJÓRA

Undirritaður staðfestir hér með að meðalstarfshlutfall umsækjanda síðustu 6 (sex) mánuði fyrir fæðingu barns/barna var _____%. Jafnframt staðfestist að umsækjandi hefur gert samning um töku a.m.k. þriggja mánaða fæðingarorlofs.

Staður og dagsetning

Undirskrift skólastjóra

Símanúmer skólastjóra

Netfang skólastjóra

Sækja verður um innan 18 mánaða frá fæðingu barns/barna. Staðgreiðsla skatta er tekin af öllum styrkjum. Farið er með allar umsóknir sem trúnaðarmál.

Afgreiðsla Sjúkrasjóðs