**Styrktarsjóður gigtveikra barna**

**- Umsóknareyðublað –**

Forsendur þess að hægt sé að sækja um styrk frá Styrktarsjóði gigtveikra barna er að umsækjandi sé meðlimur Gigtarfélags Íslands og skuldlaus við félagið.   
Einnig þarf læknisvottorð um sjúkdómsgreiningu að fylgja umsókninni.

|  |
| --- |
| Upplýsingar |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nafn barns: | | | | | | | Kennitala: | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Heimili: | | | | | | | Póstnúmer: | | | | Staður: | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Nafn foreldra/forráðamanna | | | | | | | Kennitala | | Sími | | Gift/sambúð | | | | Einstæð/ur | | |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| Atvinna og menntun föður | | | | | | | | | Atvinna og menntun móður | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Systkini | | | | | | | Aldur | | | | | Býr heima | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | Já |  | | | Nei |  |
|  | | | | | | |  | | | | | Já |  | | | Nei |  |
|  | | | | | | |  | | | | | Já |  | | | Nei |  |
|  | | | | | | |  | | | | | Já |  | | | Nei |  |
|  | | | | | | |  | | | | | Já |  | | | Nei |  |
| Sjúkdómur | | | | | | | Hvenær var sjúkdómur greindur? | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Stutt sjúkdómssaga | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvernig er meðferð barnsins háttað? (T.d. lyf, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun og fl.) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hefur foreldri/forráðamaður áður fengið styrk úr Styrktarsjóði gigtveikra barna? (Ef já, vinsamlegast svarið næstu spurningum líka) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvenær: | | | | |  | | | Upphæð: | | | | | |  | | | |
| Hefur foreldri/forráðamaður áður sótt um styrk úr Styrktarsjóði gigtveikra barna? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Já |  | | Nei |  | |
| Hvenær: | |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Áhrif sjúkdómsins atvinnu foreldra og fjölskyldulífið: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hvernig hyggst fjölskyldan nota styrkinn? | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Upphæð sem óskað er eftir |  |
| Frekari upplýsingar sem foreldrar/forráðamenn vilja koma á framfæri | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bankaupplýsingar umsækjanda | | | | | |
| Banki |  | Höfuðbók |  | Reikningsnr. |  |
| Reikningseigandi | | | | Kennitala | |
|  | | | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Staður og dagsetning Undirskrift foreldris/forráðamanns

Vinsamlegast munið eftir læknisvottorðinu!

Umsókn sendist á:   
Gigtarfélag Ísland  
bt/Styrktarsjóðs gigtveikra barna  
Ármúla 5  
108 Reykjavík