

**Styrktarsjóður
hjartveikra barna**
kt: 581096-2329



Umsókn um fjárstyrk

Styrktarsjóður hjartveikra barna styrkir börn 18 ára og yngri. Í sérstökum tilvikum eru ungmenni með meðfædda hjartagalla styrkt að 25 ára aldri. Barnið eða foreldrar / forráðamenn þess eru félagsmenn í **Neistanum**

Öllum umsóknum þarf að fylgja læknisvottorð, en stjórn sjóðsins áskilur sér rétt til að óska eftir frekari upplýsingum.

Úthlutun fer fram þrisvar á ári, í janúar, maí, og september.

Skilafrestur umsókna er: **5. janúar, 5.maí og 5.september.**

Með umsóknir er farið sem trúnaðarmál.

Umsókn skal skilað til:
Hróðmars Helgasonar
Barna-hjartasérfræðings
Barnaspítala Hringsins
150 Reykjavík



Upplýsingar um barnið

Nafn barns: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Heimili: _____ póstnúmer: _____

Nafn foreldris/ forráðamanns: _____

Kennitala: _____ Sími / gsm: _____

Heimili: _____ Póstnúmer: _____

Netfang: _____

Nafn á hjartalækni barnsins: _____

Veikindi barns valda fjölskyldunni auknum kostnaði. Aðstæður fjölskyldna eru mismundandi t.d. varðandi búsetu o.fl. Til að auðvelda stjórn Styrktarsjóðsins að meta þörf fjölskyldunnar fyrir fjárstyrk, biðum við þig að merkja við þau atriði sem þér finnst veikindi barnsins hafa áhrif á.

_____ Vegna ferðalaga innanlands

_____ Kostnaður vegna búseturöskunar

_____ Aukinn kostnaður vegna umönnunar annarra barna

_____ Veikindi annarra fjölskyldumeðlima

_____ Lyfjakostnaður

_____ Tannlæknakostnaður

_____ Annar útlagður kostnaður



Upplýsingar um sjúkrahúsdvöl

1. sjúkrahús _____

Innlagnardagur: _____ Útskriftardagur: _____ Fjöldi daga: _____

Ástæða innlagnar: _____

2. sjúkrahús _____

Innlagnardagur: _____ Útskriftardagur: _____ Fjöldi daga: _____

Ástæða innlagnar: _____

Aðrar upplýsingar sem umsækjandi telur mikilvægar:

Bankaupplýsingar (hvar á að leggja styrkinn inn):

Eigandi reiknings: _____

Kennitala: _____

Bankanúmer: _____ Tegund reiknings: _____ Reikningsnr: _____

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda



Læknisvottorð

Nafn: _____ kennitala: _____

Heimili: _____ póstnr: _____

Greining: _____

Sjúkrasaga: _____

Aðgerðir og þræðingar: _____

Undirskrift læknis