

Umsókn um ískoyti til Gravarhjálp

2. Gravarhjálp er í mesta lagi 5.000 kr.

Stk. 2. Gravarhjálp verður veitt soleiðis:

1) 100% av gravarhjálpini verður veitt persóni yvir 15 ár,

2) 85% fyri 9-15 ára gamalt barn,

3) 60% fyri 1-8 ára gamalt barn og

4) 40% fyri barn undir 1 ár.

§ 3. Gravarhjálp verður veitt til útreiðslur í sambandi við kistu og líkverju.

Umsóknin skal útfyllast og undirskrivast av umsøkjara og sendast saman við kvittan til:

Heilsutrygd, Klaksvíksvegur 7, Postboks 52, 710 Klaksvík.

0) Móttøkustempul og nummar

Til nýtslu hjá Heilsutrygd

1. Navn og P-tal hins deyða

1) Navn	2) P-tal
---------	----------

1. Navn og bústaður umsøkjarans

1) Navn	2) P-tal
5) Bústaður	6) Telefon nr.
7) Postnr. og staður	

2. Fylgiskjøl

8) Fylgiskjøl at senda saman við umsóknini (set kross):

Hjáløgd er rokning og kvittan fyri kistu.

Hjáløgd er rokning og kvittan fyri líkverju.

3. Gjald

9) Peningurin skal gjaldast til peningastovn: _____ á kontonummar :

4. Váttan og undirskrift umsøkjarans

10) Undirritaði váttar við hesum, at upplýsingarnir á hesum umsóknarblaði eru rættar. Eg loyvi Heilsutrygd at innheinta upplýsingar frá øðrum myndugleikum, so sum lækna, trygging o.ø., um tað gerst neyðugt fyri málsviðgerðina.

Dagfesting: _____

.....
Undirskrift umsøkjarans

Heilsutrygd
Klaksvíksvegur 7
Postboks 52
710 Klaksvík