

Stjórn Menntunarsjóðs Félags heyrnarlausra  
Félagi heyrnarlausra  
Þverholti 14  
105 Reykjavík  
Sími 561 3560 / Fax 551 3567  
Netfang [deaf@deaf.is](mailto:deaf@deaf.is)



## Umsókn um styrk

### 1. UMSÆKJANDI:

Nafn:	Kennitala:
Heimili:	Sími:
Póstnúmer:	Sveitarfélag:
Netfang:	SMS:
Félagsmaður Félags heyrnarlausra : ( ) Já, síðan hvenær ? _____ ( ) Nei	
( ) Heyrnarlaus ( ) Heyrnarskertur ( ) Heyrandi	
Umboðsmaður (ef þú ert með einhverja) / Kennitala / Sími :	

### 2. NÁM:

Vinsamlegast merkið við eitt atriði: ( ) Háskóli ( ) Framhaldsskóli ( ) Iðnskóli ( ) Námskeið ( ) Annað, hvað? _____
Nám: ( ) Á Íslandi ( ) Erlendis, hvar ? _____
Nafn skóla / námskeiðshaldara:
Lýsing á námi / námskeiði:
Upphaf náms? _____ Áætluð námslok? _____
Vinsamlegast krossið við eitt: ( ) Fullt nám ( ) Hálf nám ( ) Færri en 40 tímar ( ) Annað, hvað ?

### 3. BANKAREIKNINGUR:

Reikningsnúmer umsækjanda.

Banki : \_\_\_\_\_

Höfuðbók : \_\_\_\_\_

Reikningsnúmer: \_\_\_\_\_

### 4. ANNAD:

Annað sem umsækjandi vill taka fram:

Hefur umsækjandi áður fengið styrk frá Menntunarsjóði Félags heyrnarlausra:

( ) Já, hvenær ? \_\_\_\_\_ ( ) Nei, aldrei

### 5. UNDIRSKRIFT:

\_\_\_\_\_

Dagsetning

\_\_\_\_\_

Undirskrift

### Umsóknir sendist til:

Stjórn Menntunarsjóðs Félags heyrnarlausra

Félagi heyrnarlausra

Þverholti 14

105 Reykjavík

**Umsóknarfrestur til 31.mars / 30.september ár hvert.**

### ÚTFYLLIST AF MENNTUNARSJÓÐ FÉLAGS HEYRNARLAUSRA

(Vinsamlegast fyllið ekki út hér að neðan)

Fullgildur félagsmaður Félags heyrnarlausra: ( ) Já ( ) Nei

Umsækjandi fékk styrk í síðustu úthlutun: ( ) Já ( ) Nei

Úthlutað styrk að þessu sinni : ( ) Já, kr. \_\_\_\_\_  
( ) Nei

Úthlutað dags: \_\_\_\_\_