

# SØKNAD OM STØTTE FRA YTFs HJELPEKASSE

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER  
KOPIER DETTE SKJEMA ETTER BEHOV

NAVN \_\_\_\_\_ MEDLEMSNR \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
POST NR \_\_\_\_\_ STED \_\_\_\_\_  
MOBIL \_\_\_\_\_ E-POST \_\_\_\_\_

## SØKNADEN GJELDER STØTTE TIL:

- KJØP AV BRILLER/LINSER
- BEHANDLING AV FYSIOTERAPEUT ELLER KIROPRAKTOR

## KRAV TIL DOKUMENTASJON:

KJØP AV BRILLER/LINSER: Brilleseddel påført medlemmets navn + kvittering,  
eller kvittering påført navn på medlem

BEH. AV FYSIOTERAPEUT /KIROPRAKTOR: Kvittering fra fysioterapeut eller kiropraktor,  
påført navn på medlem

Jeg er klar over at uriktige opplysninger gir Yrkestrafikkforbundet rett til å kreve evt. støtte tilbakebetalt.

\_\_\_\_\_  
Sted/dato

\_\_\_\_\_  
Signatur

**MÅ  
UTFYLLES:**

Beløpet overføres kontonr: \_\_\_\_\_

**SØKNADEN SENDES:** YTFs stedlige lokalforening som attesterer søknaden og videresender den til Yrkestrafikkforbundet, Postboks 9175, Grønland, 0134 Oslo. Frist 15. januar for støtte som gjelder foregående år.

## ATTESTASJON FRA LOKALFORENINGENS LEDER

\_\_\_\_\_  
Lokalforening

\_\_\_\_\_  
Leder