POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

HOITOPÄIVÄKORVAUSHAKEMUS

Nimi_____**Puh**_____

Osoite_____

Sähköposti_____

Henkilötunnus_____

Tilinumero FI

Diagnoosi_____

Hoitopäivät (6kk takautuvasti) _____

_____

_____

_____**Päiviä yhteensä** _____

Potilaan allekirjoitus_____

Liityn Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäseneksi ☐ Olen jo Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäsen ☐

Todistuksen antaja (hoitohenkilökunta/sosiaalityöntekijä/Syöpäyhdistys..)

_____

Päiväys_____

Allekirjoitus _____

Yhteystiedot_____

Syöpäyhdistyksen jäsen on oikeutettu hoitopäiväkorvaukseen. **Hoitohenkilökunnan täyttäessä hakemuksen ei laskukopioita tarvitse liittää.** Hoitopäiväkorvausta maksetaan 30 päivää/kalenterivuosi. Korvauksen määrä on 5€/hoitokerta. **Korvaus on anottava kuuden kuukauden kuluessa siitä päivästä alkaen, josta sitä halutaan.**
Annan luvan Pohjanmaan Syöpäyhdistykselle käsitellä tässä hakemuksessa antamiani tietoja. Tiedot käsitellään luottamuksellisina. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy ainoastaan avustuksia käsittelevillä henkilöillä.

Palautus: Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry, Alatori 3, 65100 Vaasa
Puh. 010-8436001