



ETELÄ-SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS RY

Liisankatu 21 B 15, 00170 Helsinki
p. 044 730 33 00

Lomake (2) 25.5.2018/pk

Yhdistys täyttää: Liittynyt. pvm..... Yht. vrk..... Summa..... Maksu pvm..... Hyväksyjä.....

HOITOVUOROKAUSIKORVAUSHAKEMUS

Jäsenno _____

Jäsenen koko nimi _____ Syntymävuosi _____

Osoite _____ Postitoimipaikka _____

Puhelinro _____ S-Posti _____

Pankkitilin numero

IBAN _____ **BIC** _____

Ehdottomasti mainittava jokaisessa hakemuksessa (käytähän samaa tiliä kuin aikaisemmin)

Hoitoaika 1) ____/____-____/____201____ 4) ____/____-____/____201____
2) ____/____-____/____201____ 5) ____/____-____/____201____
3) ____/____-____/____201____ 6) ____/____-____/____201____

Täten allekirjoituksellani todistan, että yllä oleva henkilö on ollut **syöpäsairauden vuoksi** sairaalahoidossa yllämainittuna ajankohtana.

Sairaala / hoitopaikan nimi _____

Sairaalan edustajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Päiväys ____ / ____ 20 ____ puh. _____

Lisätietoja: _____

Suostumus arkaluontoisten tietoja käsittelyyn

Annan luvan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen hoitovuorokausikorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani terveyst- ja muita henkilötietojani.

Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Sähköisessä muodossa olevat tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy vain hoitovuorokausikorvauksia hoitavilla henkilöillä.

Hoitovuorokausikorvaushakemus hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys _____ **Hakijan allekirjoitus** _____

HUOM! Älkää lähettäkö hakemuksessanne maksukuitteja ja sairaskertomuksia. Hakemuksen käsittelyyn tarvitsemme sairaalan edustajan ja hakijan allekirjoitukset.

Hakemuksen postitus: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry, Liisankatu 21 B 15, 00170 Helsinki

Käännä =>



ETELÄ-SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS RY

Liisankatu 21 B 15, 00170 Helsinki
p. 044 730 33 00

Lomake (2) 25.5.2018/pk

Etelä-Suomen Syöpäyhdistykseltä jäsenetuutena haettavan hoitovrk-korvauksen (2 € / vuorokausi) maksamisen edellytykset:

- Sairaalahoidon syynä on syöpäsairaus
- Jäsenyys on kestänyt vähintään vuoden
- Yhdistyksen jäsenmaksu on maksettu
- Maksetaan enintään 90 vuorokaudelta / kalenterivuosi
- Ei makseta pysyvän laitoshoidon ajalta, kun pitkäaikaishoitopäätös on tehty
- Maksetaan takautuvasti korkeintaan puolelta vuodelta
- Korvaus on jäsenen *henkilökohtainen jäsenetuus*, jota ei makseta hänen oikeudenomistajilleen
- Poliklinikkamaksut ja hoitopäivämaksut eivät ole korvauksen piirissä
- Korvaus maksetaan ainoastaan asianomaisen ilmoittamalle pankkitilille
- Älkää lähettäkö meille maksukuitteja ja sairaskertomuksia
- Korvausta haetaan ainoastaan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen laatimalla lomakkeella
- **Hakemus lähetetään huolellisesti täytettynä hakijan ja sairaalan edustajan allekirjoittamana yllä olevaan osoitteeseen. Puutteellisia hakemuksia emme voi käsitellä.**