



## ETELÄ-SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS RY

Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki  
p. 044 730 3300

Lomake (2) 21.9.2020/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** \_\_\_\_\_

**Ehdottomasti mainittava jokaisessa hakemuksessa (käytähän samaa tiliä kuin aikaisemmin)**

Hoitoaika 1) \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

2) \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

3) \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

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

Sairaala / hoitopaikan nimi \_\_\_\_\_

#### Sairaalan edustajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Päiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ puh. \_\_\_\_\_

Lisätietoja: \_\_\_\_\_

#### Suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen hoitovuorokausikorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani terveys- 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, Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki

**Käännä =>**



## ETELÄ-SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS RY

Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki  
p. 044 730 3300

Lomake (2) 21.9.2020/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.**