



Yhdistys täyttää: Liittynyt. pvm _____ Summa _____ Maksu pvm _____ Hyväksyjä _____

Vuonna 2021 maksetaan 170 euroa **syöpään** sairastuneen *alle 18-vuotiaan lapsen perheelle*, edellytyksenä että ainakin toinen vanhemmista on yhdistyksen jäsen. Maksun edellytykset kts. lomakkeen kääntöpuoli. Hakemus täytetään selkeällä käsialalla. Puutteellisia hakemuksia emme voi käsitellä.

ALKUAVUSTUS- / JÄSENHAKEMUS

Lapsen *koko* nimi _____ Syntymävuosi _____

Hakijan *koko* nimi (huoltajan) _____ Syntymävuosi _____

Osoite _____

Postinumero ja toimipaikka _____

Sähköpostiosoite _____

Puhelin _____

Pankkitilin numero IBAN _____

Haluan jäsenetuutena lähetettävän Syöpä -lehden Kyllä En

Jag är svenskspråkig och vill ha tidskriften (medlemsförmån) Ja

Haluan yhdistyksen sähköisen uutiskirjeen sähköpostiini Kyllä En

Haluan jäsenmaksulaskun (25 € v.2021) Sähköpostiini Kyllä Postitse paperilaskuna Kyllä

Täten allekirjoituksellani todistan, että yllä mainitulla lapsella on todettu syöpäsairaus.

Sairaala / hoitopaikan nimi _____

Sairaalan edustajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Päiväys _____ / _____ 20____ puh. _____

Lisätietoja: _____

Hakijan suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen alkuavustuskorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani tietoja.

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 alkuavustuskorvauksia hoitavilla henkilöillä.

Alkuavustuskorvaushakemus hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys _____ **Hakijan allekirjoitus** _____

Nimen selvennys _____

HUOM! *Todistukseen ei liitetä sairaskertomuksia, sairaalan edustajan allekirjoitus on riittävä.*

Hakemuksen toimitus: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry, Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki



Yhdistys täyttää: Liittynyt. pvm _____ Summa _____ Maksu pvm _____ Hyväksyjä _____

Etelä-Suomen Syöpäyhdistykseltä jäsenetuutena haettavan alkuavustuksen (v. 2021 / 170 €) maksamisen edellytykset:

- Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen toimialueella pysyvästi asuvalla alle 18-vuotiaalla lapsella on todettu syöpäsairaus.
- Perheeseen kuuluva aikuinen on yhdistyksemme jäsen.
 - jäseneksi voi liittyä samalla hakemuksella
- Avustusta maksetaan ainoastaan syöpäsairaudesta.
 - Muut syövän kaltaiset sairaudet, kuten aplastinen anemia jne., jotka eivät ole syöpäsairauksia (vaikka hoidot ovatkin saman kaltaisia) eivät kuulu alkuavustuksen piiriin.
- Korvausta haetaan ainoastaan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen laatimalla lomakkeella.
- Hakemus toimitetaan huolellisesti täytettynä, *hakijan ja sairaalan edustajan allekirjoittamana*, osoitteeseen: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry, Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki.
- Älkää lähettäkö meille maksukuitteja ja sairaskertomuksia, sairaalan edustajan allekirjoitus riittää.
- Mikäli parantuneeksi luokiteltu sairaus uusiutuu, maksuehtona on, että välissä on vähintään vuosi edellisestä syöpäsairaudesta toteamisesta.