



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS  
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry  
Alatori 3, 65100 Vaasa  
Puh. 010-8436 001

## AVUSTUKSENHAKULOMAKE

### Syövän hoidosta aiheutuneeseen taloudelliseen tilanteeseen

Avustusta maksetaan 150-700€

Nimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_ Sähköposti \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Ammatti: \_\_\_\_\_

Naimaton  Naimisissa/Avoliitossa  Eronnut  Leski

Alaikäisten lasten lukumäärä: \_\_\_\_\_

Milloin hakijan syöpätauti todettiin: \_\_\_\_\_

Mikä syöpätauti hakijalla on: \_\_\_\_\_

Hoidettu missä ja milloin: \_\_\_\_\_

Tilinumero: \_\_\_\_\_

Onko hakijalla ollut maksusitoumus kunnalta: \_\_\_\_\_

Lisätietoja (hoidon kesto, jälkitarkastukset, hultovelvollisuudet tms.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paikka: \_\_\_\_\_ Päivämäärä: \_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Liityn yhdistykseen täyttämällä tämän lomakkeen  Olen ennestään yhdistyksen jäsen

Syöpäyhdistyksen / Sairaalan sos.hoitajan tai hoitohenkilökunnan allekirjoitus ja nimenselvennys

**tai** epikriisi liitteenä: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Olen yhdistyksen jäsen ennestään

Liityn yhdistykseen täyttämällä tämän lomakkeen

Annan luvan Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen avustuskorvauksia käsittelevälle henkilökunnalle käsitellä tässä hakemuksessa antamiani tietoja. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Sähköosessa muodossa olevat tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kirjallisessa muodossa olevat silytetään lukitussa kaapissa johon on pääsy vain hakemuksia käsittelevillä henkilöillä.

Yhdistys täyttää: Hyväksyjä: \_\_\_\_\_ Summa: \_\_\_\_\_ Maksu pvm.: \_\_\_\_\_