



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

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

ANSÖKAN OM UNDERSTÖD

Bidrag kan beviljas endast för sjukdomskostnader som är orsakade av cancersjukdom.

Bidragets storlek är 150-700€

Namn: _____

Födelseid: _____ Tel. _____ e-post: _____

Adress: _____

Yrke: _____

Ogift Gift / Sambo Frånskild Änka / Änkling

Antalet minderåriga barn: _____

Vilken cancersjukdom har den sökande: _____

Vilket år upptäcktes den: _____

Vårdats var och när: _____

Kontonummer: _____

Har sökande fått betalningsförbindelse av hemkommunen: _____

Tilläggsuppgifter (vårdperioders längd, eftergranskningar, försörjningsplikt mm.)

Plats: _____ Datum: _____

Sökandes underskrift: _____

Jag blir medlem i föreningen nu Jag är redan medlem i föreningen

Cancerföreningens / Sjukhusets Soc.skötare eller vårdpersonals underskrift samt namnförtydligande

eller epikris som bilaga: : _____

Jag tillåter Österbottens Cancerförenings personal som tar hand om ansökningar att hantera uppgifter som jag överlåter här. Alla uppgifter hanteras med förtroede. Elektronisk information är skyddad med användarnamn samt lösenord. Skriftliga uppgifter förvaras i låst skåp dit endast personal med behörighet har tillträde.

Föreningen fyller i: Godkänt av: _____ Summa: _____ Bet. datum: _____