



ANSÖKAN OM VÄRDDAGSERSÄTTNING / HOITOPÄIVÄKORVAUSHAKEMUS

Namn/Nimi _____ Puh. /Tel. _____

Adress/Postiosoite _____

Personnummer/Henkilötunnus _____

Kontonummer/Tilinumero _____

Diagnos/Diagnoosi _____

Vårdtid (6 mån. retroaktivt) /Hoitoaika (6kk takautuvasti) _____

_____ Yhteensä / Sammanlagt _____

Datum/Päiväys _____

Intygat av / Todistuksen antaja _____

Underskrift / Allekirjoitus _____

Kontaktuppgifter / Yhteystiedot _____

Patientens underskrift / Potilaan allekirj. _____

Liityn Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäseneksi
Jag vill bli medlem i Österbottens Cancerförening

Olen jo Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäsen
Jag är redan medlem i Cancerföreningen

Syöpäyhdistyksen jäsen on oikeutettu hoitopäiväkorvaukseen. Hoitohenkilökunnan täyttäessä hakemuksen ei laskukopioita tarvitse liittää.. Hoitopäiväkorvausta maksetaan 30 päivää/kalenterivuosi. Korvauksen määrä on 5€/hoitokerta. Korvaus on anottava kuuden kuukauden kuluessa siitä päivästä alkaen josta sitä halutaan. Tiedot käsitellään luottamuksellisina. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy ainoastaan avustuksia käsittelevillä henkilöillä.

Palautus: Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry, Alatori 3, 65100 Vaasa
Puh. 010-8436001

Österbottens Cancerförenings medlemmar är berättigade till vårddagsersättning. Om ansökan är ifylld av vårdpersonalen behöver ej kopior på fakturor bifogas. Ersättning betalas för 30 dagar/kalenderår. Ersättningen är 5€/vårdgång. Ersättningen betalas retroaktivt i sex månader.

Alla uppgifter hanteras med förtroende. Blanketter i skriftlig form förvaras i låst skåp, dit endast personer som hanterar bidragsansökningar har tillträde.

Returnera till Österbottens Cancerförening rf, Nedre torget 3, 65100 Vasa
Tel. 010-8436001