POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

Österbottens Cancerförening rf
Nedre torget 3, 65100 Vasa
Tel. 010-8436 001

ANSÖKAN OM UNDERSTÖD

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

Bidragets storlek är 150-700€

Namn:_____

Födelsetid: _____Tel. _____e-post:_____

Adress:_____Postnummer och ort_____

Yrke:_____

Ogift ☐ Gift / Sambo ☐ Frånskild ☐ Änka / Änkling ☐

Antalet minderåriga barn:_____

Vilken cancersjukdom har den sökande:_____

Vilket år upptäcktes den:_____

Vårdats var och när:_____

Kontonummer: FI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Har sökande beviljats utkomststöd från FPA/ kompletterande/förebyggande utkomststöd från kommunen:

_____

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.arbetare eller annan vårdpersonals underskrift samt namnförtydligande ELLER epikris som bilaga:_____

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

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

Jäs.:_____ HPV-k.:_____ Ai.av.:_____