



## ANSÖKAN OM VÅRDDAGSERSÄTTNING

Namn \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Kontonummer 

FI																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnos \_\_\_\_\_

Vård dagar (6 mån. retroaktivt) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sammanlagt \_\_\_\_\_

Patientens underskrift \_\_\_\_\_

Jag vill bli medlem i Österbottens Cancerförening

Jag är redan medlem i Cancerföreningen

Intygat av (vårdpersonal/socialarbetare/Cancerförening..)

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Kontaktuppgifter \_\_\_\_\_

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

Jag tillåter Österbottens Cancerförenings personal att hantera uppgifter som jag överlåter här. 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