POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

ANSÖKAN OM UNDERSTÖD

För den ekonomiska situationen orsakad av cancersjukdom
Bidragets storlek är 150-500€

Österbottens Cancerförening rf

Nedre torget 3, 65100 Vasa
Tel. 050 468 7273

Namn:_____
Födelsetid: _____Tel. _____E-post:_____
Adress:_____
Yrke:_____

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

Antalet minderåriga barn:_____
Vilken cancersjukdom har den sökande:_____
När konstaterades cancersjukdomen:_____
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 genom blanketten ☐ Jag är redan medlem i föreningen

Cancerföreningens / Sjukhusets Soc.arbetare eller annan vårdpersonals underskrift samt namnförtydligande ELLER epikris som bilaga:

För att vårddagsersättning- eller understödsansökan behandlas bör medlemsavgiften vara betald.

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