

## Lapsisyöpäpotilaan avustusanomus

Jäsennumero:	
Potilaan etu- ja sukunimet:	
Syntymäaika:	
Sairastumis- ja uusiutumisaikajankohta:	
Huoltajan nimi:	
Lähiosoite:	
Postinumero ja -toimipaikka:	
Puhelin:	
Pankkiyhteys (IBAN):	
Muuta huomioitavaa:	

Syöpäsairaudesta ja hoitopaikasta on esitettävä selvitys pyytämällä hoitavan lääkärin, sairaanhoitajan, kuntoutusohjaajan tai sosiaalityöntekijän allekirjoitus:

**Sairaalan edustajan allekirjoitus:** \_\_\_\_\_

**Hoitoyksikkö, ammatti ja nimenselvennys:** \_\_\_\_\_

**Huoltajan allekirjoitus:** \_\_\_\_\_

**Nimen selvennys:** \_\_\_\_\_

**Päiväys:** \_\_\_\_\_

**Myönnetty avustus:** \_\_\_\_\_ €

Lomakkeen palauttaminen

Lomake palautetaan osoitteella:

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys

"lapsen avustusanomus"

Seiskarinkatu 35

20900 Turku

**Lapsisyöpäpotilaalle, jonka perhe on tai liittyy yhdistyksen jäseneksi sairastumisen jälkeen, myönnetään avustusta 600,00€ lapsen sairastuessa tai sairauden uusiutuessa.**

## Sykerö-kerho

Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen alaisena toimiva lapsisyöpäpotilasperheiden kerho Sykerö järjestää monipuolista toimintaa syöpään sairastuneille lapsille ja heidän vanhemmilleen. Sykerö järjestää muun muassa asiantuntijaluentoja, virkistystä ja vertaistukea. Sykerö-toiminnasta perheen vanhemmat ja lapset saavat tukea vertaisiltaan.

**Haluamme liittyä lapsisyöpäpotilasperheiden Sykerö-kerhon sähköpostilistalle:**

Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_