

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: _____

**Nuorten (13-vuotiaat ja sitä vanhemmat) tapaamisista ilmoitetaan lisäksi WhatsApp-
uutiskirjeellä. Ilmoita halutessasi nuoren ja/tai vanhemman etu- ja sukunimi sekä
puhelinnumero uutiskirjettä varten:**

Nimi ja puhelinnumero: _____

Nimi ja puhelinnumero: _____

En halua enää saada sähköpostia tai WhatsApp-uutiskirjettä Sykerö-kerholta:

Sähköpostiosoite: _____

Nimi ja puhelinnumero: _____