



Jäsenen koko nimi _____ Jäsennumero _____

Osoite _____ Postitoimipaikka _____

Puhelin _____ S-Posti _____

IBAN Tilinumero FI

Hoitoaika

1) ___/___ - ___/___ 201___

6) ___/___ - ___/___ 201___

2) ___/___ - ___/___ 201___

7) ___/___ - ___/___ 201___

3) ___/___ - ___/___ 201___

8) ___/___ - ___/___ 201___

4) ___/___ - ___/___ 201___

9) ___/___ - ___/___ 201___

5) ___/___ - ___/___ 201___

10) ___/___ - ___/___ 201___

Suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hoitopäiväkorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani terveys- ja muita henkilötietojani. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy vain hoitovuorokausikorvauksia hoitavilla henkilöillä. Hoitopäiväkorvaushakemus ja siinä antamani tiedot hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys _____ Hakijan allekirjoitus _____

HUOM! Älkää lähettäkö hakemuksessanne maksukuitteja ja sairaalalaskuja. Hakemuksen käsittelyyn tarvitsemme sairaalan edustajan ja hakijan allekirjoitukset tähän lomakkeeseen **tai** lisäselvityksenä sairaalan edustajan allekirjoittaman todistuksen, josta käy ilmi osastopäivät ja diagnoosi.

Sairaala täyttää:

Sairaala / hoitopaikan nimi _____ puh. _____ / _____

Lisätietoja

Täten todistan, että yllä oleva henkilö on ollut syöpäsairauden vuoksi sairaalahoidossa

_____ / _____ 201___

Sairaalan edustajan allekirjoitus, nimen selvennys ja päiväys:

Hakemuksen postitus: Pirkanmaan Syöpäyhdistys, Hämeenkatu 5 A 7 krs. 33100 Tampere

Yhdistys täyttää:

Liittynyt pvm..... Maksettu jäsenmaksu Hakemus saapunut pvm.....Vastaanottanut.....

käännä→

Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä jäsenetuutena haettavan hoitovuorokausikorvauksen (5 € / vuorokausi) maksamisen edellytykset:

- Jäsenen kotipaikka on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella.
 - Sairaalahoidon syynä on syöpäsairaus.
 - Jäsenyys on voimassa oleva ja jäsenmaksu on maksettu.
 - Alle 18-vuotiaan lapsen korvausta haettaessa on ainakin toisen lapsen vanhemmista tai huoltajista oltava yhdistyksen jäsen.
 - Hoitopäiväksi luetaan jäsenen sairaalaan tai terveyskeskukseen tulopäivä ja myös lähtöpäivä.
 - Korvaus maksetaan ainoastaan asianomaisen ilmoittamalle pankkitilille.
 - Hakemus lähetetään huolellisesti täytettynä hakijan allekirjoittamana yllä olevaan osoitteeseen
 - Korvausta haettaessa on esitettävä sairaalan tai sosiaalityöntekijän antama tai muu luotettava selvitys siitä, että jäsen on ollut hoidettavana sairaalassa syöpäsairauden vuoksi. Todistuksessa on mainittava diagnoosi sekä samat osastopäivämäärät kuin hakemuksessa.
 - Hoitopäiväkorvausta on haettava Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä kuuden (6) kuukauden kuluessa siitä päivästä alkaen, josta sitä halutaan saada. Muutoin hoitopäiväkorvaus on menetetty.
 - Korvaus maksetaan pääsääntöisesti kahden viikon kuluessa hakemuksen saapumisesta.
-
- Hoitopäiväkorvausta ei makseta pysyvässä laitoshoidossa tai kotisairaalahoidossa olevalle jäsenelle.
 - Poliklinikkamaksut eivät ole korvauksen piirissä.
 - Hoitopäiväkorvaushakemuksen liitteeksi eivät kelpaa sairaalalaskut ja maksukuitit.
 - Puutteellisia hakemuksia emme voi valitettavasti käsitellä.