



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry
Alatori 3, 65100 Vaasa
Puh. 010-8436 001

AVUSTUKSENHAKULOMAKE

Syövän hoidoista aiheutuneeseen taloudelliseen tilanteeseen

Avustusta maksetaan 150-700€

Nimi: _____

Syntymäaika: _____ Puh. _____ Sähköposti _____

Osoite: _____

Ammatti: _____

Naimaton ☐ Naimisissa/Avoliitossa ☐ Eronnut ☐ Leski ☐

Alaikäisten lasten lukumäärä: _____

Milloin hakijan syöpätauti todettiin: _____

Mikä syöpätauti hakijalla on: _____

Hoidettu missä ja milloin: _____

Tilinumero: _____

Onko hakijalle myönnetty toimeentulotuki tai täydentävätoim.tulo tuki Kelalta tai ennaltaehkäisevä toimeentulotuki kunnalta : _____

Lisätietoja (hoidon kesto, jälkitarkastukset, huoltovelvollisuudet tms.)

Paikka: _____ Päivämäärä: _____

Hakijan allekirjoitus: _____

Liityn yhdistykseen täyttämällä tämän lomakkeen ☐ Olen ennestään yhdistyksen jäsen ☐

Syöpäyhdistyksen tai Sairaalan sos.työntekijän tai muun hoito hoitohenkilökunnan allekirjoitus ja

nimenselvennys TAI epikriisi liitteenä: _____

Annan luvan Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen avustuskorvauksia käsittelevälle henkilökunnalle käsitellä
tässä hakemuksessa antamani tietoja. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisinä. Sähköosessa
muodossa olevat tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kirjallisessa muodossa olevat
silytetään lukitussa kaapissa johon on pääsy vain hakemuksia käsittelevillä henkilöillä.

Yhdistys täyttää: Hyväksyjä: _____ Summa: _____ Maksu pvm.: _____

Jäs.: _____ HPV-k.: _____ Ai.av.: _____