



## LAPSISYÖPÄPOTILAAN AVUSTUSANOMUS

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

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: \_\_\_\_\_ €

### TÄMÄ 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.

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

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

**Sähköpostiosoite:** \_\_\_\_\_

**Sähköpostiosoite:** \_\_\_\_\_

