# HOITOPÄIVÄKORVAUS- JA ALKUAVUSTUSHAKEMUS 2020



# syöpään sairastuessa tai sairauden uusiutuessa

***Täytä huolellisesti kaikki kohdat***

|  |  |
| --- | --- |
| **Jäsenen nimi** |       |
| **Jäsennumero** |       |
| **Lähiosoite, postinro ja toimipaikka** |       |
| **Puhelinnumero** |       |
| **Tilinumero** |       |

1. Haetaan alkuavustusta [ ]  18–40-vuotiaille (200€) [ ]  yli 41-vuotiaille (50€)

 Syntymäaika      /            Sairastumis -/uusiutumisajankohta\_\_\_\_\_\_/2020

 **HUOM! uusitut ehdot - maksetaan alkaen**

 **v. 2019 sairastuneille!**

1. Haetaan hoitopäiväkorvausta ajalta:      /     20      –      /     20

Tarkemmat tiedot korvattavista päivistä saamme laskukopioista.

**Syöpäsairaudesta ja sen hoitoon liittyvästä hoitoajasta sekä hoitopaikasta on esitettävä joko sosiaalityöntekijän, sairaanhoitaja tai lääkärin erillinen selvitys tai pyytämällä hoitavan lääkärin, sairaanhoitajan, kuntoutusohjaajan tai sosiaalityöntekijän allekirjoitus tälle lomakkeelle (alla):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sairaalan edustajan allekirjoitus** |  |
| **Nimenselvennys** |  |
| **Ammatti ja hoitoyksikkö** |  |

Lisätietoja henkilötietojen käsittelystä löytyy tietoturvaselosteesta, jonka esitämme pyydettäessä. Hoitopäiväkorvaushakemus ja siinä antamani tiedot hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys      .     .

Allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tämä lomake liitteineen (**laskukopiot** ja mahdolliset erilliset selvitykset) palautetaan osoitteella:

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry/Hoitopäiväkorvaukset, Seiskarinkatu 35, 20900 Turku **tai**

LSSY Jäsentoimisto/Hoitopäiväkorvaukset, Itäinen Pitkäkatu 30, 20700 Turku

**Huomioittehan, että korvaushakemusta ei voi tietosuojasyistä lähettää sähköpostitse.**

**LISÄTIEDOT: Jäsentoimisto**

 **puhelin 02 2657 913**

 **puhelin 050 591 4974 (betjänar också på svenska)**