



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

KERTA-AVUSTUSHAKEMUS

Nimi _____ Puh _____

Osoite ja

postitoimipaikka _____

Sähköposti _____

Henkilötunnus _____

Tilinumero: **FI**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnoosi _____ Diagnoosi saatu (kuukausi/vuosi) _____

Potilaan allekirjoitus _____

☐ Liityn Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäseneksi ☐ Olen jo Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen jäsen

Jäsenmaksun tulee olla maksettuna ennen avustushakemuksen käsittelyä.

Todistuksen antaja (hoitohenkilökunta/sosiaalityöntekijä/Syöpäyhdistys...)

VAHVISTAN, ETTÄ HAKEMUKSEN HAKIJALLA ON HOITOA VAATIVA SYÖPÄDIAGNOOSI

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Organisaatio/hoitava taho _____

Yhteystiedot (puhelinnumero) _____

Syöpäyhdistyksen jäsen on syöpään sairastuessaan oikeutettu kerta-avustukseen. **Hoitohenkilökunnan tai sosiaalityöntekijän/ohjaajan täyttyessä hakemuksen ei siihen tarvitse liittää OmaKanta-otetta diagnoosista tai epikriisiä. Kerta-avustuksen saa 24 kk diagnoosista/leviämisestä/uusimisesta.** Käsittelemme avustushakemuksia kerran kuukaudessa, pääsääntöisesti kuukauden toinen torstai.

Allekirjoittamalla tämän hakemuksen annan luvan Pohjanmaan Syöpäyhdistykselle käsitellä tässä hakemuksessa antamani tietoja. Tiedot käsitellään luottamuksellisina. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy ainoastaan avustuksia käsittelevillä henkilöillä. Mahdolliset liitteet tuhotaan välittömästi tietoturvasyistä.

Palautetaan Pohjanmaan Syöpäyhdistykseen, Alatori 3, 65100 Vaasa tai lähimpään toimipisteeseemme (Seinäjoki, Kokkola, Pietarsaari). Kysymykset puh. 050 468 7273.

Palautus: Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry, Alatori 3, 65100 Vaasa tai lähimpään toimipisteeseemme (Seinäjoki, Kokkola, Pietarsaari), Tiedustelut puh. 050 468 7273