



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 lukituskaapissa, 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



POHJANMAAN SYÖPÄYHDISTYS
ÖSTERBOTTENS CANCERFÖRENING

ANSÖKAN OM ENGÅNGSBIDRAG

Namn _____ Tel. _____

Adress och postadress _____

E-post _____

Personnummer _____

Kontonummer: FI

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

Diagnos _____ Mottagit diagnos (månad/år) _____

Patientens underskrift _____

☐ Jag vill bli medlem i Österbottens Cancerförening ☐ Jag är redan medlem i Cancerföreningen

För att understödsansökan behandlas bör medlemsavgiften vara betald.

Intygat av (vårdpersonal/socialarbetare/Cancerförening..)

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Organisation/vårdinstans _____

Kontaktuppgifter (telefon) _____

En medlem i Cancerförening har rätt till ett engångsbidrag om hen insjuknar i cancer. **När vårdpersonalen eller socialarbetaren/handledare fyller i ansökan behöver man inte bifoga ett MittKanta-utdrag från diagnosen eller epikrisen.** Bidraget är 130€. **Engångsbidraget får man ansöka inom 24 månader efter att man fått diagnos/spridning blivit konstaterad/cancern har återkommit.** Vi behandlar ansökningar om understöd en gång i månaden, i regel den andra torsdagen i månaden.

Genom att underteckna denna ansökan tillåter jag Österbottens Cancerförenings personal att hantera uppgifter som jag överläter här. Alla uppgifter hanteras med förtroende. Blanketter i skriftlig form förvaras i låst skåp, dit endast personer som hanterar bidragsansökningar har tillträde. Eventuella bilagor förstörs omedelbart på ett säkert sätt.

Returneras till Österbottens Cancerförening, NedreTorget 3, 65100 Vasa eller till vårt närmaste kontor (Seinäjäki, Karleby, Jakobstad), förfrågningar tel. 050 468 7273