



Yhdistys täyttää: Saapui pvm _____ | Summa 200 € | Maksu pvm _____ | OL _____

Alkuavustus lapsisyöpäpotilaiden perheille

Hakemusnumero _____

Alkuavustusta maksetaan 200 euroa **syöpään sairastuneen alle 18-vuotiaan lapsen perheelle.**

Maksun edellytykset kts. lomakkeen kääntöpuoli. Hakemus täytetään selkeällä käsialalla. Puutteellisia hakemuksia emme voi käsitellä.

ALKUAVUSTUSHAKEMUSLapsen koko nimi _____ Syntymävuosi _____Hakijan koko nimi (huoltajan) _____ Syntymävuosi _____

Osoite _____

Postinumero ja toimipaikka _____

Sähköpostiosoite _____

Puhelin _____

Pankkitilin numero IBAN _____

JÄSENHAKEMUS**Voit myös halutessasi liittyä Essyn jäseneksi. Vastaa silloin myös alla oleviin kysymyksiin, x ruutuun.**Haluan jäsenetuutena lähetettävän Syöpä -lehden Kyllä ☐ En ☐Jag är svenskspråkig och vill ha tidskriften (medlemsförmån) Ja ☐Haluan yhdistyksen sähköisen uutiskirjeen sähköpostiini Kyllä ☐ En ☐Haluan jäsenmaksulaskun (27 € v.2025) Sähköpostiini Kyllä ☐ Postitse paperilaskuna Kyllä ☐

Täten allekirjoituksellani todistan, että yllä mainitulla lapsella on todettu syöpäsairaus.

Sairaala / hoitopaikan nimi _____

Sairaalan edustajan allekirjoitus, nimen selvennys ja virkanimike

Päiväys ____ / ____ 20____ puh. ja s-posti _____

Lisätietoja: _____

Hakijan suostumus arkaluontoisten tietoja käsittelyyn. Annan luvan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen alkuavustuskorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani tietoja. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Sähköisessä muodossa olevat tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy vain alkuavustuskorvauksia hoitavilla henkilöillä. Alkuavustuskorvaushakemus hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys _____ Hakijan allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

HUOM! Todistukseen ei liitetä sairaskertomuksia, sairaalan edustajan allekirjoitus on riittävä.**Hakemuksen toimitus:** Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry, Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki



Etelä-Suomen Syöpäyhdistykseltä haettavan alkuavustuksen (alk. 1.10.2022 / 200 €) maksamisen edellytykset:

- Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen toimialueella pysyvästi asuvalla alle 18-vuotiaalla lapsella on todettu syöpäsairaus.
- Avustuksen saaminen ei edellytä yhdistyksen jäsenyyttä.
- Avustusta maksetaan ainoastaan syöpäsairaudesta.
 - Muut syövän kaltaiset sairaudet, kuten aplastinen anemia jne., jotka eivät ole syöpäsairauksia (vaikka hoidot ovatkin saman kaltaisia) eivät kuulu alkuavustuksen piiriin.
- Korvausta haetaan ainoastaan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen laatimalla lomakkeella.
- Hakemus toimitetaan huolellisesti täytettynä, *hakijan ja sairaalan edustajan allekirjoittamana*, osoitteeseen: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry, Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki.
- Älkää lähettäkö meille maksukuitteja ja sairaskertomuksia, sairaalan edustajan allekirjoitus riittää.
- Mikäli parantuneeksi luokiteltu sairaus uusiutuu, maksuehtona on, että välissä on vähintään vuosi edellisestä syöpäsairauden toteamisesta.

Haluatko liittyä Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen jäseneksi?

Kaikki halukkaat täysi-ikäiset voivat liittyä Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen eli Essyn jäseniksi.

Vuonna 2025 jäsenmaksu on 27 euroa.

Jäsenenä saat myös jäsenetuja, kuten halutessasi neljästi vuodessa kotiin postitettavan Syöpä-lehden.

Lisätietoa jäsenyydestä kotisivuiltamme osoitteessa www.essy.fi