



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

Hakemusnumero _____ Jäsennumero _____

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.

ALKUAVUSTUSHAKEMUS

Lapsen koko nimi _____ Syntymävuosi _____

Hakijan koko nimi (huoltajan) _____ Syntymävuosi _____

Osoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Sähköpostiosoite _____

Puhelin _____

Pankkitilin numero IBAN _____

JÄSENHAKEMUS

Voit myös halutessasi liittyä Essyn jäseneksi. Vastaa silloin myös alla oleviin kysymyksiin, x ruutuun.

Haluan liittyä Essyn jäseneksi Kyllä ☐ En ☐

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 tietojen käsittelyyn. Annan luvan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen alkuavustuskorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamani tietoja. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisin. 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! Hakemukseen 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 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.
Huom! Syöväen kaltaiset muut sairaudet, kuten aplastinen anemia jne., jotka eivät ole syöpäsairauksia (vaikka hoidot ovatkin saman kaltaisia) eivät kuulu alkuavustuksen piiriin.
- Avustusta voi hakea ainoastaan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen laatimalla lomakkeella.
- Hakemus täytetään selkeällä käsialalla. Puutteellisia hakemuksia emme voi käsitellä.
- 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.
- *Kuukauden 10 päivään mennessä käsitellyt hakemukset menevät maksuun kuun 20 päivä.*

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