



**Yhdistys täyttää:** Liittynyt. pvm ..... Jäsenmaksu ..... Hakemuksen saapumispäivä \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Yht. vrk ..... Summa ..... € Maksu pvm. .... OL .....

**HOITOVUOROKAUSIKORVAUSHAKEMUS** Jäsennumero \_\_\_\_\_

Jäsenen koko nimi \_\_\_\_\_ Syntymävuosi \_\_\_\_\_

Osoite, postinumero ja postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelinro \_\_\_\_\_ Sähköposti \_\_\_\_\_

Pankkitilin numero IBAN \_\_\_\_\_

**Ehdottomasti mainittava jokaisessa hakemuksessa** (käytähän samaa tiliä kuin aikaisemmin)

Hoitoaika 1) \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ 4) \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

2) \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ 5) \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

3) \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ 6) \_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Täten allekirjoituksellani todistan, että yllä oleva henkilö on ollut **syöpäsairauden vuoksi** sairaalahoidossa yllä mainittuna ajankohtana.

Sairaalan / hoitopaikan nimi \_\_\_\_\_

**Sairaalan edustajan allekirjoitus, nimenselvennys ja virkanimike**

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ puhelin ja s-posti \_\_\_\_\_

Lisätietoja: \_\_\_\_\_

### **Suostumus arkaluontoisten tietojä käsittelyyn**

Annan luvan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen hoitovuorokausikorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamiani terveystietoja ja muita henkilötietojani.

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 hoitovuorokausikorvauksia hoitavilla henkilöillä.

Hoitovuorokausikorvaushakemus hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys \_\_\_\_\_ **Hakijan allekirjoitus** \_\_\_\_\_

**HUOM!** Älkää lähettäkö hakemuksessanne maksukuitteja ja sairauskertomuksia.

Hakemuksen käsittelyyn tarvitsemme sairaalan edustajan ja hakijan allekirjoitukset.

**Hakemuksen postitus:** Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry, Itämerenkatu 5 A, 6. krs, 00180 Helsinki

**Käännä =>**



## **Etelä-Suomen Syöpäyhdistykseltä jäsenetuutena haettavan hoitovuorokausikorvauksen maksamisen edellytykset:**

- Syöpäpotilaan hoitovuorokausi korvausta maksetaan **5 €** / täysi hoitovuorokausi yliopisto-, keskus- tai terveyskeskussairaalassa. Korvausta ei kuitenkaan makseta alle vuorokauden kestäneistä hoitopäivistä (eli ei poliklinikkakäynneistä).
- Vuoden jäsenyyden jälkeen sairastunut voi hakea korvausta, kun sairaalahoidon syynä on syöpäsairaus.
- Korvausta tulee hakea **3 kuukauden kuluessa** osastohoidosta.
- Korvaus on henkilökohtainen jäsenetu.
- Korvausta ei makseta takautuvasti eikä perikunnalle.
- Edellytyksenä on, että yhdistyksen jäsenmaksu on maksettu.
- Korvausta ei makseta pysyvän laitoshoidon ajalta, kun pitkäaikaishoitopäätös on tehty.
- Korvaus maksetaan ainoastaan asianomaisen ilmoittamalle pankkitilille.
- Älkää lähettäkö meille maksukuitteja tai sairauskertomuksia.
- Korvausta haetaan ainoastaan Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen laatimalla lomakkeella.
- **Hakemus lähetetään huolellisesti täytettynä sekä hakijan ja sairaalan edustajan allekirjoittamana yllä olevaan osoitteeseen. Puutteellisia hakemuksia emme voi käsitellä.**