



HOITOPÄIVÄKORVAUSHAKEMUS 2018

(ensimmäistä kertaa haettaessa)

Jäsenen nimi* _____
Jäsennumero* _____
Osoite* _____
Postitoimipaikka* _____
Puhelinnumero* _____
Tilinumero* _____

Hoitopäiväkorvausta haetaan ajalta: ___/___201__ - ___/___201__

Tarkemmat tiedot korvattavista päivistä saamme laskukopioista.

Syöpäsairaudesta ja juuri siihen liittyvästä hoitoajasta sekä hoitopaikasta on esitettävä joko sosiaalityöntekijän tai sairaanhoitajan tai lääkärin selvitys tai pyytämällä hoitavan lääkärin, sairaanhoitajan, kuntoutusohjaajan tai sosiaalityöntekijän allekirjoitus (alla):

Sairaalan edustajan allekirjoitus* _____

Hoitoyksikkö, ammatti ja nimenselvennys* _____

Suostumus arkaluontoisten tietojen käsittelyyn

Annan luvan Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen hoitopäiväkorvauksia hoitaville työntekijöille käsitellä tässä hakemuksessa antamani terveys- 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 hoitopäiväkorvauksia hoitavilla työntekijöillä.

Hoitopäiväkorvaushakemus ja siinä antamani tiedot hävitetään hakemustani seuraavan kalenterivuoden kesäkuun loppuun mennessä.

Päiväys* _____

Allekirjoitus* _____

Tarkistathan, että olet täyttänyt kaikki tähdellä * merkityt kohdat, kiitos!

Tämä lomake palautetaan **laskukopioiden** ja tarvittavien selvitysten kanssa osoitteella:

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys r.y. / hoitopäiväkorvaukset
Seiskarinkatu 35, 20900 Turku / camilla.carpelan@lssy.fi

Lisätiedot:

Camilla Carpelan, järjestösihteeri

050 591 4974

camilla.carpelan@lssy.fi