



LAPSISYÖPÄPOTILAAN AVUSTUSANOMUS

Jäsennumero:	
Potilaan etu- ja sukunimet:	
Syntymäaika:	
Sairastumis-/uusiutumisaikajankohta:	
Huoltajan nimi:	
Lähiosoite:	
Postinumero ja -toimipaikka:	
Puhelin:	
Pankkiyhteys (IBAN):	
Muuta huomioitavaa:	

Syöpäsairaudesta ja hoitopaikasta on esitettävä selvitys pyytämällä hoitavan lääkärin, sairaanhoitajan, kuntoutusohjaajan tai sosiaalityöntekijän allekirjoitus:

Sairaalan edustajan allekirjoitus _____

Hoitoyksikkö, ammatti ja nimenselvennys _____

Huoltajan allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____ Päiväys: _____

Myönnetty avustus: _____ €

TÄMÄ LOMAKE PALAUTETAAN OSOITTEELLA:

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys

”lapsen avustusanomus”

Seiskarinkatu 35

20900 Turku

Lapsisyöpäpotilaalle, jonka perhe on tai liittyy yhdistyksen jäseneksi sairastumisen jälkeen, myönnetään avustusta 600,00€ lapsen sairastuessa tai sairauden uusiutuessa.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen alaisena toimiva lapsisyöpäpotilasperheiden kerho Sykerö järjestää monipuolista toimintaa syöpään sairastuneille lapsille ja heidän vanhemmilleen, mm. asiantuntijaluentoja, virkistystä ja vertaistukea. Sykerö-toiminnasta perheen vanhemmat ja lapset saavat tukea vertaisiltaan.

Haluamme liittyä lapsisyöpäpotilasperheiden Sykerö-kerhon sähköpostilistalle:

Sähköpostiosoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

