

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys r.y.  
Rautatienkatu 22 B 13  
90100 Oulu  
Puh: 010 2491100

## HARKINNANVARAISEN AVUSTUKSEN HAKULOMAKE

### OULUN JA LAPIN LÄÄNIEN ALUEILLA ASUVILLE SYÖPÄLAPSIPERHEILLE

Avustuksen hakija \_\_\_\_\_  
(äiti, isä)  
Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Pankkiyhteys \_\_\_\_\_

Lapsen nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Diagnoosi \_\_\_\_\_

Sairaus todettu vuonna \_\_\_\_\_

Hoitopaikka \_\_\_\_\_

Haettava avustus \_\_\_\_\_

Lisätietoja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys r.y:n lapsisyöpäpotilaiden ja heidän vanhempiansa tukirahaston ja Hilda ja Iida Pennalan rahaston hoitokuntien päätöksen mukaan rahastot voivat myöntää harkinnanvaraisesti hakemuksen perusteella avustusta.

Sääntöjen mukaan toisen vanhemmista on oltava Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys r.y:n jäsen. Jäseneksi liittymiskaavakkeita saa yhdistyksen Oulun toimistosta ja OYS:sta.

Hakija on liittynyt jäseneksi vuonna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ päiväys

\_\_\_\_\_ allekirjoitus

Myönnetty avustus \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ Hyväksyminen