



ANSÖKAN TERMINSAVGIFT

Skicka ansökan till:
CancerRehabFonden
Eriksbergsgatan 10 A
114 30 Stockholm

Tel 08-522 001 00
E-post: info@cancerrehabfonden.se
Hemsida: www.cancerrehabfonden.se

Nr (ifylles av CancerRehabFonden)

Ansökningsblankett - barn/ungdom (under 18 år)

Cancerform Datum/år för diagnos

Namn Personnummer

Adress

Telefon (vårdnadshavare)

E-post (vårdnadshavare)

CancerRehabFonden beviljar terminsavgifter för maximalt 3000 kr **en gång** per familj. Det kan ni dela upp i två terminsavgifter eller välja en årsavgift. Bokning och/eller inköp kan ske först efter besked om beviljad ansökan. Bidraget ska utnyttjas inom ett år från beviljandedatumet – annars förfaller rätten. CancerRehabFonden ska faktureras från det företag ni valt att använda (detaljerad information om det kommer senare).

För att kunna hantera din ansökan sparar vi de hälsouppgifter du lämnar.

Ansökan gäller:

Terminsavgift

Typ av fysisk aktivitet

Ort och datum

Vårdnadshavarens underskrift

Namnförtydligande (vårdnadshavande)

CancerRehabFondens anteckningar

Utlåtande om diagnos från vårdgivare (kan ersättas av kopia av läkarjournal med motsvarande uppgifter)

Namn Personnummer

Cancerdiagnos

Datum för diagnos

Datum för senaste cancerbehandling

Aktuella besvär

.....

Utlåtande om behov av sökt ändamål (lämnas av läkare, sjuksköterska, kurator eller annan vårdgivare)

Beskriv kortfattat den sökandes familjesituation

.....

Motivering till behovet av sökt ändamål i relation till aktuell cancersjukdom

.....

.....

.....

.....

Signeras av vårdgivare

Ort/datum Underskrift

Titel Namnförtydligande

Klinik/adress

Telefon E-post (obligatorisk uppgift)