

SØKNADSSKJEMA FOR BESØKSREISE 2023

Besøksreise er et tilbud om økonomisk reisestøtte til medlemsfamilier der pasienten får sjelden besøk pga lang og dyr reise fra hjemstedet. Besøksreiser er et ekstra tilskudd for å redusere evt *reisekostnader* for pasientens familie, slekt og nære venner. Tidspunktet for besøket bør planlegges for å få billigst mulig pris og det må følge kvitteringer for betalt reise før en kan søke.

Det utbetales ikke kontanter som den reisende selv kan disponere.

Søknaden må attesteres av evt lege/avd. sykepl./sosionom/psykolog/psykiater (kun én er nødvendig) Leder i din lokale fylkesforening i Barnekreftforeningen har også mulighet for å attestere.

Betingelser for å søke støtte:

- Pasienten må være folkere registrert i Norge og ikke over 18 år.
- Pasienten/familien **må** være medlem av Barnekreftforeningen
- Reisestøtte tildeles kun når det er besøk til barn / ungdom som er **under behandling**, ikke de som er til oppfølging og kontroll
- Det kan søkes fortløpende gjennom hele året, men det kan bare søkes om støtte for **én** reise i året pr pasient
- Søknader kan bli avslått uten begrunnelse

Utbetaling

- Det utbetales også støtte for taxi hvis det er det rimeligste alternativet (flere passasjerer og lik eller høyere pris for alle sammenlagt ved alternativ transport, for eksempel flybuss).
- Norge: Maks. beløp pr. år kr. 6.000,- for 1 person maks kr. 3.000,-
- Europa: Maks. beløp pr år kr. 9.000,- for 1 person maks kr. 4.500,-
- Verden: Maks. beløp pr. år kr. 12.000,- for 1 person maks kr. 6.000,-

Reisen blir refundert etter at reisen er gjennomført.

Kvitteringene kan skannes og sendes sammen med utfylt søknad pr mail til

bis@barnkreftforeningen.no eller pr post til

Barnekreftforeningens sekretariat

Postboks 78 Sentrum

SKJEMA FOR SØKNAD OM REIESTØTTE

| | |
|---|--|
| Navn på reisende: | |
| Beløp det søkes om: | |
| Navn for refusjon av utlegg: | |
| Kontonummer | |
| Privatadresse: | |
| Postnummer / Poststed: | |
| Telefon: | |
| E-post: | |
| Navn og alder på hvem besøket gjelder: | |
| Navnenummer/medlemsnummer i Barnekreftforeningen: | |
| Sykehus og avdeling: | |
| Tidspunkt for besøket: | |

Kort beskrivelse av sykdomsbildet og begrunnelse av økonomi for å søke om støtte til reisen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ja, jeg samtykker til at personopplysningene på dette skjemaet brukes til saksbehandling av denne søknaden. Søknaden vil deretter bli slettet, mens regnskapsopplysninger vil bli tatt vare på.

Dato_____

Underskrift av foresatte_____

Attestert av:

Navn_____

Tittel_____

Dato_____

Underskrift og stempel
(Stempel ikke nødvendig når leder i fylkesforeningen attesterer)