

收入证明信息表

低收入患者使用

申请人 基本信息	申请人姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 身份证号码: _____ 手机: _____ 家庭地址: _____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 第一联系人姓名 _____ 与患者关系 _____ 手机: _____ 家庭成员 _____ 人 (包括患者的父母 / 配偶 / 所有子女)		照片	
	以下请您如实填写工作情况: 工作单位名称: _____ 工作部门及职务: _____ 工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年 兹证明 _____ 同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入) 本年度平均月收入 _____ 元。特此证明。 证明人职务: _____ 证明人联系电话 (座机): _____ 证明人签字 _____ 盖章: _____ 日期: _____ (本栏由患者工作单位填写, 并加盖单位章; 未参加工作、务农、打零工等请注明现在情况, 由申请人户籍所在地 / 常住地村 / 居委会及以上政府部门证明并盖章)			
	证明单位名称: _____			
	证明人职务: _____			证明人联系电话 (座机): _____
	申请人以上情况属实, 建议提供药品相关援助, 减轻患者经济负担。 证明人签字: _____ 日期: _____ 盖章: _____			
患者申请说明: (患者) 我在此声明, 已完全知晓中国初级卫生保健基金会“卫爱续航-肝癌患者援助项目”的全部信息, 同意并严格遵守项目的相关规定, 自愿按程序申请项目, 本人愿意承担违反规定后的一切后果。 申请人 (本人) 签字: _____ 日期: _____				

备注:

1. 此援助项目为慈善患者援助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 如有不实或隐瞒, 将取消援助药品资格, 情节严重者将负法律责任;
2. 工作单位信息栏: 有固定工作单位的需要由工作单位证明; 无固定工作单位需要由政府部门 (户籍所在地/常住地村/居委会及以上部门) 证明, 写明具体情况, 如务农、打零工等。无论是否有工作, 政府部门证明部分必须填写完整;
3. 该表格项目办公室将留存, 若您有需要, 请提前复印。