

中华慈善总会安维汀慈善援助项目

经济评估表 (非低保患者填写)

患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____ 身份证号 □□□□□□□□□□□□□□□□

患者本人信息

家庭住址: _____ 省 _____ 市 _____ 邮编: _____

联系电话(固话) _____ 手机 _____

以下请您填写现或原工作情况 (未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____

工作单位电话 _____ 工作单位及职务 _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入 (年收入包括工资及奖金两部分) _____

上年度总收入 _____ 元

粘贴患者近期照片
(一个月内)

备注: 只接受单位人事部门公章, 如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章。

证明人职务 _____ 证明人联系电话 _____

证明人签字 _____ 证明部门盖章 _____

年 月 日

患者申请情况说明:

(患者声明) 我在此声明, 已完全知晓中华慈善总会安维汀慈善援助项目的相关信息, 同意并严格遵守项目的相关规定, 自愿按程序申请项目, 我愿意承担违反规定后的一切后果。

填表人签字:

申请人签字:

年 月 日

当地政府部门
(务必填写)

名称及地址:

联系人:

联系电话(固话):

当地政府部门证明申请人因经济困难, 无能力再支付安维汀药品费用。(请经办人填写意见并签字、盖章)

备注: 只接受街道办事处或乡级以上政府盖章

(公章)

经办人签字:

年 月 日

中华慈善总会安维汀慈善援助项目办公室意见

经办人签字:

年 月 日

备注:

1、此援助项目为高额慈善援助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写。如有不实或隐瞒, 将取消援助资格, 情节严重者将负法律责任。

2、证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为: 单位人事部门盖章; 如单位无人事章, 请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章; 如无工作单位则由街道办事处或乡以上政府盖章。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

(接下页)



患者直系亲属信息(1)

家属姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____ 亲属关系 _____

联系电话(固话) _____ 手机 _____

以下请您填写现或原工作情况(未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____

工作单位电话 _____ 工作单位及职务 _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入(年收入包括工资及奖金两部分) _____

上年度总收入 _____ 元

证明人职务 _____ 证明人联系电话 _____

证明人签字 _____ 证明部门盖章 _____

年 月 日

患者直系亲属信息(2)

家属姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____ 亲属关系 _____

联系电话(固话) _____ 手机 _____

以下请您填写现或原工作情况(未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____

工作单位电话 _____ 工作单位及职务 _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入(年收入包括工资及奖金两部分) _____

上年度总收入 _____ 元

证明人职务 _____ 证明人联系电话 _____

证明人签字 _____ 证明部门盖章 _____

年 月 日

备注:

1、患者直系亲属(包括父母、配偶、已就业子女)均需填写此表格。

2、证明人为证明单位相关负责人。

3、证明部门盖章为:单位人事部门盖章;如单位无人事章,请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章;

如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章。退休人员需街道办事处或乡级以上政府部门盖章。

4、此表格如填写不够,可自行复印。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

