



中国初级卫生保健基金会
晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目
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：_____		照片
	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 / 子女）		
工作单位信息	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）		
政府部门证明	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“晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目”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。