

## 中国初级卫生保健基金会 生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目 直系亲属经济评估表

注：此援助项目为慈善项目，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。

直系亲属经济评估表 (1)	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 联系电话：_____	身份证号：_____ 与申请人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女
<p>以下请如实填写（无工作或无固定工作单位的，请注明收入金额，由政府部门填写并盖章；有工作单位的，由工作单位或政府部门填写并盖章）：</p> <p>兹证明此同志近一年全年总收入为_____元（年收入包括工资、资金、补贴等全部收入）。</p> <p>证明单位名称：_____ 证明人联系电话（座机）：_____</p> <p>证明人签字：_____ 证明部门盖章 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>	
直系亲属经济评估表 (2)	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 联系电话：_____	身份证号：_____ 与申请人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女
<p>以下请如实填写（无工作或无固定工作单位的，请注明收入金额，由政府部门填写并盖章；有工作单位的，由工作单位或政府部门填写并盖章）：</p> <p>兹证明此同志近一年全年总收入为_____元（年收入包括工资、资金、补贴等全部收入）。</p> <p>证明单位名称：_____ 证明人联系电话（座机）：_____</p> <p>证明人签字：_____ 证明部门盖章 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>	

备注：

- 1.直系亲属包括父母、配偶、子女；
- 2.信息填写完整，有工作单位由工作单位证明；无工作或无固定工作单位，也需如实填写打工，务农等情况由当地政府部门证明（证明人签字、盖章、联系方式）；
- 3.患者未婚：提交患者本人及父母的收入证明；
- 4.患者已婚：提供夫妻双方及子女的收入证明（患者子女未满18周岁不强提供收入证明；满18周岁在校学生，由当地政府或学校证明也可提供有效学生证复印件包括本人页和注册页；如子女结婚证明）；
- 5.若患者离婚，可提供标明离婚的户口页复印件或离婚证复印件或民政局出具的婚姻状况证明；
- 6.直系亲属已经退休，可由当地政府部门或原工作单位或社会保障局证明；
- 7.若患者50周岁以上，不需要提供父母的证明；
- 8.此表格如填写不够，可自行复印。