

## 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 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。

<b>申请人填写</b>	姓名：_____ 联系电话：_____ <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 100px; margin: 10px auto;">照片</div> 身份证号码：_____ 家庭地址：_____ 省_____ 市_____ 第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系电话：_____
<b>经济情况填写</b>	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）：  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）。 证明单位名称：_____ 证明人联系电话（座机）：_____ 证明人签字：_____ 证明部门盖章 _____  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
<p><b>患者申请说明：</b></p> <p><b>(患者)本人在此声明，自愿按程序申请“生命之钥-肿瘤免疫治疗患者援助项目”，提供材料真实合理有效并对申请材料负责，同意并严格遵守项目的相关规定，本人愿意承担违反规定后的一切后果。</b></p> <p style="text-align: right;"><b>患者本人签字：_____ 年/月/日：_____</b></p>	

备注：

1、经济情况填写：

1-1工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等；

1-2无工作或无固定工作单位的，收入来源可以为退休、务农、子女赡养等，请注明收入金额，由政府部门填写并盖章；

1-3有工作单位的，由工作单位或政府部门填写并盖章。

2、政府部门填写：信息填写完整、证明人签字、盖章、联系方式（当地村委会、居委会及以上部门）。注：政府部门：包括居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处或以上部门工作单位；人事部章、财务章或公章。