

## 中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目 患者经济评估表

| <b>患者（申请人）基本信息</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____                                                                                                                                                                                                    | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             申请人近期照片           </div> |
| 身份证号：_____                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |
| 联系电话1：_____ 联系电话2：_____                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
| 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |
| <b>患者（申请人）经济情况证明</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
| 工作情况（请勾选）： <input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 临时工 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他，请注明_____ 工作 |                                                                                                                                                                     |
| 单位名称：_____ 职务：_____（如有，请填写）                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| 近一年度总收入为（包括工资、奖金、打零工及其他）：_____元。                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |
| 经我单位/政府部门核准上述情况属实，申请人家庭因经济困难（家庭情况见后附家庭情况说明），无能力长期支付欧狄沃治疗费用。                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| 证明部门电话：_____                                                                                                                                                                                                                  | 证明部门盖章：_____                                                                                                                                                        |
| _____年_____月_____日                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
| <b>患者（申请人）声明</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |
| （申请人）我在此声明，已完全知晓中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按照程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |
| 患者（申请人）签字：_____                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                     |
| _____年_____月_____日                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |

备注：1、本项目为慈善援助，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，情节严重将负法律责任。  
 2、个体经营需提供营业执照及近一年纳税证明。  
 3、单位 / 政府部门无法盖章，需提供近一年工资（退休金）银行流水或近一年纳税证明。  
 4、政府部门：包括村委会、居委会、乡镇政府、街道办事处及以上部门。  
 \*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

## 患者（申请人）家庭情况说明

配偶：

---

---

---

全部子女：

---

---

---

父母：

---

---

---

患者及配偶房产：

---

---

---

（申请人）我承诺本人收入及〈家庭情况说明〉内容均真实有效，如有不实或隐瞒，愿意承担一切后果。

患者（申请人）签字：

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日