

中国癌症基金会泰立珂患者援助项目

患者经济评估表

患者（申请人）基本信息	
姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____	申请人近期照片
身份证号码：_____	
联系电话1：_____ 联系电话2：_____	
家庭住址：_____省_____市_____区/县_____	
患者（申请人）经济情况证明	
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：_____ 部门及职务：_____（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/当地政府部门核准上述内容情况属实，申请人家庭因经济困难（家庭情况见后附家庭情况说明），无能力长期支付泰立珂治疗费用：	
证明部门电话：_____	证明部门盖章
_____年_____月_____日	
患者（申请人）声明	
（申请人）我在此声明，已完全知晓中国癌症基金会泰立珂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：

- 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。
- 个体经营需提供营业执照及一年纳税证明。
- 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。
- 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。