

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

患者经济评估表

患者（申请人）基本信息	
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 _____	
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：_____ 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	
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