

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

经济评估表

患者姓名_____性别_____年龄_____婚姻状况_____

身份证号

患者本人信息

家庭住址：_____省_____市_____邮编：_____

联系电话(固话)：_____手机：_____

以下请您填写现或原工作情况(未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称：_____

工作时间：自_____年至_____年

在该单位的年收入(近十二个月之内,包括工资及奖金)_____

粘贴患者
近期照片

需工作单位或者
当地政府部门盖
照片骑缝章

证明人职务：_____证明人联系电话：_____

证明人签字：_____证明部门盖章：_____

_____年_____月_____日

患者申请情况说明：

(患者声明)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。

填表人签字：_____

申请人签字：_____

_____年_____月_____日

当地政府部门核准申请人家庭因经济困难,无能力支付欧狄沃药品费用 是 否

(当地政府部门公章)

经办人签字：_____联系电话(固话)：_____

_____年_____月_____日

备注：

1、此援助项目为慈善援助,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、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料,以项目办具体通知为准。

3、当地政府部门是指:城市街道办事处或农村乡(镇)级以上政府。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

患者直系亲属信息(1)

家属姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 婚姻状况: _____ 亲属关系: _____

联系电话(固话): _____ 手机: _____

以下请您填写现或原工作情况(未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称: _____

工作单位电话: _____ 职务: _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入(近十二个月之内,包括工资及奖金) _____

证明人职务: _____ 证明人联系电话: _____

证明人签字: _____ 证明部门盖章: _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者直系亲属信息(2)

家属姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 婚姻状况: _____ 亲属关系: _____

联系电话(固话): _____ 手机: _____

以下请您填写现或原工作情况(未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称: _____

工作单位电话: _____ 职务: _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入(近十二个月之内,包括工资及奖金) _____

证明人职务: _____ 证明人联系电话: _____

证明人签字: _____ 证明部门盖章: _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

备注:

- 1、此表格如填写不够,可自行复印。
 - 2、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料,以项目办具体通知为准。
 - 3、患者直系亲属如无工作单位,需当地政府部门盖章。
 - 4、当地政府部门是指:城市街道办事处或农村乡(镇)级以上政府。
- *上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。