

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_____ 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。 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、当地政府部门指：街道办事处、村委会、居委会或乡（镇）级以上政府部门。

*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、当地政府部门指：街道办事处、村委会、居委会或乡（镇）级以上政府部门。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。