

## - 申请人经济评估表 -

基本信息	
申请人姓名: _____ 年龄: _____ 性别: _____ 婚姻状况: _____ 身份证号码: _____ 联系电话 1: _____ 联系电话 2: _____ 现居住地: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ _____	<p style="text-align: center;">贴照片处</p> 1. 患者本人 1 寸近照 2. 加盖患者所在单位 或街道办事处或居委会 骑缝章
工作信息	
工作情况: <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 (                    )	
单位名称: _____	
部门及职务: _____ 工作时间: _____ 年至 _____ 年	
上一年度个人总收入 (包括工资、奖金、补贴等): _____ 元	
单位/当地政府部门证明	
经我单位/当地政府部门核准上述内容情况属实, 申请人家庭经济困难, 无能力长期承担博瑞纳治疗费用:	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
证明人签字: _____ (单位/当地政府部门公章)	
证明人电话: _____ 证明日期: _____	
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. 部门证明: 可由申请人单位或当地政府部门填写 (任选一)。 3. 当地政府部门: 患者所在地民政部门、居/村委会或街道办事处。	