

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：_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 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 </div>
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)_____	
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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。