

中国癌症基金会兆珂患者援助项目 经济评估表

申请人基本信息																					
申请人姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____ 婚姻状况：_____	贴照片处 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																				
身份证号码： <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
联系电话 1：_____ 联系电话 2：_____																					
现居住地：_____ 省 _____ 市 _____ 区 _____																					
工作单位信息																					
工作单位名称：_____																					
职务：_____ 工作时间：_____ 年至 _____ 年																					
上一年度收入（含工资、奖金等）_____ 元																					
证明人职务：_____ 联系电话：_____																					
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____																					
证明日期：_____																					
（本栏由患者工作单位填写，并加盖单位公章；未参加工作、务农、打零工等无固定工作单位需注明现阶段情况，由当地政府部门证明并盖章）																					
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兆珂患者援助项目的相关信息，同意并严格遵项目的相关规定，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。																					
患者本人签字：_____ 日期：_____																					
当地政府部门填写																					
当地政府部门核准申请人家庭经济困难，无能力支付兆珂药品费用																					
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> （当地政府部门公章）																					
经办人签字：_____	联系电话：_____																				
经办人职务：_____	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. 当地政府部门：村委会、乡镇政府、居委会、街道办事处或当地民政部门。

申请人直系亲属信息

家属姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与患者关系：_____

身份证号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

手机号码：_____ 座机号码：_____

工作单位名称：_____

职务：_____ 工作时间：_____年至_____年

上一年度收入（含工资、奖金等）：_____元

证明人职务：_____ 联系电话：_____

证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____

证明日期：_____

申请人直系亲属信息

家属姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与患者关系：_____

身份证号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

手机号码：_____ 座机号码：_____

工作单位名称：_____

职务：_____ 工作时间：_____年至_____年

上一年度收入（含工资、奖金等）：_____元

证明人职务：_____ 联系电话：_____

证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____

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.直系亲属包括：申请人的父母、配偶及子女；
- 3.存在会补充其他证明材料的可能性，具体以兆珂患者援助项目办公室通知为准。