

中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目

经济评估表

申请人基本情况																					
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_____																					
工作单位填写部分																					
工作单位名称：_____																					
工作单位地址：_____																					
工作部门：_____ 职务：_____ 工作时间：_____年至_____年																					
上一年度收入： （含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）_____元																					
证明人职务：_____ 办公电话（固话）：_____																					
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____																					
证明日期：_____																					
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泰圣奇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，资源按照程序申请项目，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：_____																					
日期：_____																					
当地政府部门填写（申请人所在地民政部门、居委会或街道办事处）																					
当地政府部门核准申请人家庭经济困难，无能力支付泰圣奇药品费用																					
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（固话）：_____																					
经办人职务：_____ 日期：_____																					

申请人直系亲属信息（可复印）

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：_____

工作单位地址：_____

工作部门：_____ 职务：_____ 工作时间：_____年至_____年

上一年度收入：
(含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明) _____元

证明人职务：_____ 办公电话（固话）：_____

证明人签字：_____ 单位盖章：_____

证明日期：_____

申请人直系亲属信息（可复印）

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：_____

工作单位地址：_____

工作部门：_____ 职务：_____ 工作时间：_____年至_____年

上一年度收入：
(含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明) _____元

证明人职务：_____ 办公电话（固话）：_____

证明人签字：_____ 单位盖章：_____

证明日期：_____

注：以上表格复印有效。

直系亲属为：申请人的父母、子女及配偶。

证明人为：证明单位相关负责人。单位盖章为：单位人事部门。

个体经营需提供营业执照复印件及半年的完税证明。