

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

经济评估表	
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 <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。