

收入证明信息表

申请人信息	<p>申请人姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____</p> <p>身份证号码: _____</p> <p>家庭住址: _____</p> <p>固定电话: _____ 手机: _____</p> <p>第一联系人姓名: _____ 与患者关系 _____ 电话: _____</p>
经济情况填写	<p>请您如实填写经济情况:</p> <p>年度总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入), 特此说明本人 (患者) 在此承诺, 以上所填写信息真实有效, 基金会有权对以上信息进行核查, 如有虚假谎报信息, 基金会有权终止援助且追究相应法律责任。</p> <p>患者本人签字: _____ 日期 _____</p>
证明单位填写	<p>申请人以上信息属实, 建议提供药品相关援助, 减轻患者经济负担。</p> <p>证明单位名称: _____</p> <p>证明人职务: _____ 证明人联系电话 (座机): _____</p> <p>证明人签字: _____</p> <p>证明部门盖章: _____</p> <p>(本栏由患者户籍所在地/常住地村/居委会/工作单位等部门证明并盖章)</p>

备注:

此项目为高额公益捐助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 如有不实或隐瞒, 将取消援助药品资格, 情节严重者将负法律责任

