

附表二 -1

经济评估表

申请人填写	姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____			照片 (盖骑缝章)
	身份证号码：_____			
家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____				
固定电话：_____ 手机：_____				
第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____				
工作单位填写	以下请您如实填写工作情况：			
	工作单位名称：_____		工作单位地址：_____	
	工作单位电话：_____		工作单位部门及职务：_____	
	工作时间：自 _____ 年至 _____ 年			
	兹证明同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入） 本年度平均月收入 _____ 元。特此证明。			
	证明人职务 _____ 证明人联系电话（座机） _____			
	证明人签字（部门盖章） _____ 年 月 日			
政府部门必填	名称		证明人联系电话（座机）	
	申请人以上情况属实，经济较为困难。			
	证明人签字（部门盖章）： _____ 年 月 日：			
本栏由申请人常住 / 户籍地村 / 居委会及以上政府部门的经办人填写并签字盖公章				

备注：此援助项目为高额慈善患者援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助药品资格，情节严重者将负法律责任

* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整