中华慈善总会安维汀慈善援助项目

经济评估表（非低保患者填写）

患者姓名 贾某某 性别 女 年龄 57 婚姻状况 已婚 身份证号 3 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 X

患者本人信息

家庭住址：云南 省 昆明 市 盘某区某某街XX号 邮编：65000

联系电话(固话) 0872-123456 手机 15500000000

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 昆明市某某小学

工作单位地址 昆明市某某路X号

工作单位电话 0872-666666 工作单位及职务 食堂工人

工作时间：自 1975 年至 1999 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分） XXX

上年度总收入 XXX 元

粘贴患者近期照片（一个月内）

备注：只接受单位人事部门公章，如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章。

证明人职务 主任 证明人联系电话 0872-666666

证明人签字 冯某某 证明部门盖章

昆明市某小学 人事科

2012 年 01 月 20 日

患者申请情况说明：本人于2011年9月在当地医院检查出转移性结直肠癌，经化疗联合安维汀治疗病情得到好转，因本人家庭经济条件差，无力承担，望中华慈善总会能给予援助支持本人于癌症抗争，延长生命！

（患者声明）我在此声明，已完全知晓中华慈善总会安维汀慈善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：贾某某 申请人签字：贾某某

2012 年 01 月 20 日

当地政府部门（务必填写）	名称及地址：××市××区××市民街道办事处（××市××区××街道××号）	
	联系人：张某某	联系电话（固话）：0410-654321

当地政府部门证明申请人因经济困难，无能力再支付安维汀 药品费用。（请经办人填写意见并签字、盖章）

备注：只接受街道办事处或乡级以上政府盖章

贾某某属我社区居民，因病致困，无力承担药品费用，请予以爱心关照

该患者属某某街道管辖的居民

（公章）

经办人签字：张某某

昆明市盘某区人民政府 某某街道办事处

2012 年 01 月 20 日

中华慈善总会安维汀慈善援助项目办公室意见

经办人签字：

年 月 日

备注：

1、此援助项目为高额慈善援助，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，情节严重者将负法律责任。

2、证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或乡以上政府盖章。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

（接下页）

患者直系亲属信息(1)

家属姓名 何某某 性别 男 年龄 57 婚姻状况 已婚 亲属关系 丈夫

联系电话(固话) 0872-123456 手机 15500000000

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 云南省某某化工厂

工作单位地址 昆明市某某区某某路X号

工作单位电话 0872-222222 工作单位及职务 工伤，工人

工作时间：自 1974 年至 1998 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分） XXX

上年度总收入 XXX 元

证明人职务 科长 证明人联系电话 0872-222222

证明人签字 吴某某 证明部门盖章

2012 年 01 月 21 日

患者直系亲属信息(2)

家属姓名 何某某 性别 男 年龄 32 婚姻状况 未婚 亲属关系 儿子

联系电话(固话) 0872-123456 手机 15500000000

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 昆明市某某公司

工作单位地址 昆明市某某区某某路X号

工作单位电话 0872-333333 工作单位及职务 装配车间，电工

工作时间：自 2001 年至 2011 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分） XXX

上年度总收入 XXX 元

证明人职务 经理 证明人联系电话 0872-333333

证明人签字 刘某某 证明部门盖章

2012 年 01 月 21 日

样张

备注：

1、患者直系亲属（包括父母、配偶、已就业子女）均需填写此表格。

2、证明人为证明单位相关负责人。

3、证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章。退休人员需街道办事处或乡级以上政府部门盖章。

4、此表格如填写不够，可自行复印。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。