

收入证明信息表

低收入患者使用

申请人基本信息	申请人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 身份证号码：_____ 手机：_____ 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 第一联系人姓名 _____ 与患者关系 _____ 手机：_____ 家庭成员 _____ 人（包括患者的父母 / 配偶 / 子女）	照片
工作单位信息	以下请您如实填写工作情况： 工作单位名称：_____ 工作部门及职务：_____ 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 _____ 盖章：_____ 日期：_____ （本栏由患者工作单位填写，并加盖单位章；未参加工作、务农、打零工等请注明现在情况，由申请人户籍所在地 / 常住地村 / 居委会及以上政府部门证明并盖章）	
政府部门证明	证明单位名称： 证明人职务：_____ 证明人联系电话（座机）：_____ 申请人以上情况属实，建议提供药品相关援助，减轻患者经济负担。 证明人签字：_____ 日期：_____ 盖章：_____	
患者申请说明： （患者）我在此声明，已完全知晓中国初级卫生保健基金会“生命捷力 - 多发性硬化症患者援助项目”的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，本人愿意承担违反规定后的一切后果。 申请人（本人）签字：_____ 日期：_____		

备注：

1. 此援助项目为慈善患者援助，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。
2. 工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况，请详细填写。

