

直系亲属信息表

直系亲属信息 (1)

与申请人的关系: _____

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____

手机 _____

以下请您填写工作情况 (无工作请如实填写现在情况及原因)

工作单位: _____ 工作职务: _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

上年度总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入)

本年月平均收入 _____ 元

证明人签字 :

证明部门盖章 :

证明人职务 :

证明人联系电话 (座机) :

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

直系亲属信息 (2)

与申请人的关系: _____

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____

手机 _____

以下请您填写工作情况 (无工作请如实填写现在情况及原因)

工作单位: _____ 工作职务: _____

工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年

上年度总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入)

本年月平均收入 _____ 元

证明人签字 :

证明部门盖章 :

证明人职务 :

证明人联系电话 (座机) :

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

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. 必须提供所有直系亲属 (包括患者父母、配偶、所有子女) 收入证明, 特殊情况 (未参加工作、打工、务农等) 需写清原因, 并由当地政府部门 (居委会/村委会、街道办事处、民政部门等) 盖章。
3. 必须如实填写, 不得涂改, 若发现造假或隐瞒将无法入组项目。