

附表二

费凡掌控 - 前列腺癌患者援助项目 经济评估表

申 请 人 填 写	姓名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____											
	身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□											
工 作 单 位 填 写	现居住地址（详细）：_____ 省 _____ 市 _____											
	固定电话：_____ 手机：_____											
	家庭成员_____人（包括申请人的父母 / 配偶 / 子女）											
	第一联系人姓名：_____ 与申请人的关系：_____ 联系方式：_____											
	照 片 （贴照片再盖骑缝章）											
医 保 类 型	以下请您如实填写工作情况： （未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况） 由所在地政府部门（居委会 / 村委会、街道办事处、民政部门）盖章											
	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。											
政 府 部 门 必 填	证明人职务（该单位负责人）：_____		证明人联系电话（座机）：_____									
	证明人签字：_____		证明部门盖章：_____									
	年 / 月 / 日：_____											
	☐ 城镇职工医疗保险保 ☐ 城镇居民医疗保险 ☐ 公费医疗保险 ☐ 农村合作医疗保险 ☐ 其他											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">当地政府部门 (务必填写)</td> <td style="width: 20%;">名称</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">地址</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>联系人</td> <td></td> <td>联系电话（座机）</td> <td></td> </tr> </table>				当地政府部门 (务必填写)	名称		地址		联系人		联系电话（座机）
当地政府部门 (务必填写)	名称		地址									
	联系人		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。 经办人签字：_____ 年 / 月 / 日：_____ 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“费凡掌控 - 前列腺癌患者援助项目”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。 患者本人签字：_____ 年 / 月 / 日：_____												

经济评估表补充说明

(1) 此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，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。

(3) 本人工作收入情况：有工作单位需现在单位人事部门盖章；无工作或无固定工作单位由政府部门证明（证明人签字、盖章、联系方式）；已经退休，可由当地政府部门或原工作单位或社会保障局证明。

(4) 政府部门填写：信息填写完整、证明人签字、盖章、联系方式（当地村委会、居委会及以上部门）注：政府部门包括居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处或以上部门工作单位人事章、财务章或公章。