附表二

费凡掌控 - 前列腺癌患者援助项目
低保证明

申请人信息	姓名：_____ 性别：_____年龄：_____ 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 固定电话：_____ 手机：_____ 低保证号码：_____ 享受低保起始日期：_____ 持证人姓名：_____ 与申请人关系：_____ 第一联系人：_____ 与您的关系：_____ 联系电话：_____ 家庭成员 _____ 人（包括申请人的父母、配偶、子女） 姓名：_____ 与患者关系：_____；姓名：_____ 与申请人关系：_____； 姓名：_____ 与患者关系：_____；姓名：_____ 与申请人关系：_____； 姓名：_____ 与患者关系：_____；姓名：_____ 与申请人关系：_____； 证明人签字：_____ 证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____ 年 月 日 证明部门盖章： （本栏由申请人当地村 / 居委会相关证明人填写；并盖村 / 居委会公章）	照 片 （盖骑缝章）

当地民政部门填写	当地政府部门（务必填写）	名称：	地址：
		联系人	联系电话（座机）
	当地民政部门核准申请人家庭是属于低保户。 （公章）备注： 证明人**签字**： 年 月 日		

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：

备注：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。

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。

证明部门：需现在单位人事部门盖章，无工作单位的需所在街道办事处或乡政府盖章，证明人签字。民政部门盖章：需为发证单位或当地民政局