易生守护-甲型血友病患者援助项目

患者家庭经济收入证明

患者经济收入证明（儿童患者不需填写此栏）

姓 名		性 别		年 龄		联系电话	
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□						
有固定工作单位人员填写以下内容							
工作单位名称：_____ 工作单位电话：_____							
工作时间：自_____年至_____年，工作职务_____							
兹证明_____同志在本单位的上年度全年总收入_____元（年收入包括工资及奖金等全部收入）特此证明。							
证明人职务：_____ 证明人联系电话（座机）：_____							
证明人签字：_____ 日期：_____ 证明部门盖章：_____							
无固定工作单位人员填写以下内容							
现在情况： ☐ 打工 ☐ 务农 ☐ 待业 ☐ 其他_____							
上年度全年总收入：							
户籍所在地/居住地	名称：						
地乡级以上政府	地址：						
或街道办事处	证明人：				办公电话：		
地村/居委会证明申请人情况属实。（申请人户籍所在地或居住地地乡级以上政府或街道办事处）							
证明人签字：_____ 日期：_____ 证明部门盖章：_____							
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“易生守护甲型血友病患者援助项目”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：

1. 该项目为慈善援助项目，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. 表格中所有内容均需填写，不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
3. 证明部门：申请人常住地居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处及以上部门

直系亲属收入证明 (1)

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与申请人关系：_____ 联系方式：_____

以下情况请您如实填写：

工作单位：_____ 工作部门及职位：_____

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、股票、基金等全部收入）

本年度平均月收入_____元，特此证明。

证明人签字：_____ 证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____

证明部门盖章：_____年_____月_____日

（证明章要求：人事章、财务章或公章）

直系亲属收入证明 (2)

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与申请人关系：_____ 联系方式：_____

以下情况请您如实填写：

工作单位：_____ 工作部门及职位：_____

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、股票、基金等全部收入）

本年度平均月收入_____元，特此证明。

证明人签字：_____ 证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____

证明部门盖章：_____年_____月_____日

（证明章要求：人事章、财务章或公章）

备注：

1. 该项目为慈善援助项目，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. 表格中所有内容均需填写，不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
3. 证明部门：申请人常住地居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处及以上部门。