

SMA - 患者救助项目
申请人收入证明表

文件 2

患者及代理人信息	患者姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____ 身份证号码：_____				<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> 照 片 (近期一寸照) </div>
代理申请人（监护人）信息： 姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____ 身份证号：_____ 与患者关系：_____ 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 联系电话：_____ 其他备用联系人姓名：_____ 与患者的关系：_____ 联系电话：_____					
患者或申请人收入情况 (公司或者当地政府部门填写)	以下请如实填写工作情况： 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、股票、基金等全部收入) 本年度平均月收入 _____ 元。特此证明。 证明人职务 _____ 证明人联系电话（座机） _____ (区号) - _____ 证明人签字（部门盖章） _____ 年 月 日				
当地政府部门		名称		地址	
当地政府部门		联系人		联系电话（座机）	
当地街道办事处（乡政府）或其他政府部门证明申请人因经济困难，无能力再支付诺西那生钠注射液药品使用费用。 证明人签字（部门盖章） _____ 年 月 日					
有工作单位的请工作单位证明，没有工作单位的请当地政府部门证明					
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“SMA - 患者救助项目”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。 <div style="text-align: right;"> 患者本人签字 / 监护人签字： _____ 年 月 日 </div>					

备注：

- 1、此救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、上述表格中所有内容必须字迹清晰、填写完整。