

SMA - 患者救助项目 直系亲属收入证明

文件 3

直系亲属收入证明 (1)

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 与申请人的关系: _____

固定电话: _____ 手机: _____

以下请您如实填写目前工作情况 (无工作请注明目前情况及原因)

工作单位: _____ 工作职位: _____

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

直系亲属收入证明 (2)

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 与申请人的关系: _____

固定电话: _____ 手机: _____

以下请您如实填写目前工作情况 (无工作请注明目前情况及原因)

工作单位: _____ 工作职位: _____

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。