

# 脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 患者援助项目 申请人收入证明表

样表 3

有工作单位模板

患者及代理人信息	患者姓名： <u>李某某</u> 年龄： <u>2</u> 性别： <u>男</u> 身份证号码： <u>000000000000000000</u>  代理申请人（监护人）信息： 姓名： <u>李某</u> 年龄： <u>28</u> 性别： <u>男</u> 身份证号： <u>111111111111111111</u> 与患者关系： <u>父子</u> 家庭地址： <u>广东</u> 省 <u>广州</u> 市 <u>越秀区 XX 路 XX 号</u> 联系电话： <u>1234567890</u> 其他备用联系人姓名： <u>孙某某</u> 与患者的关系： <u>母子</u> 联系电话： <u>00123456789</u>				照 片  (近期一寸照)
患者或申请人收入情况	以下请如实填写工作情况： 工作单位名称： <u>XXX 有限责任公司</u> 工作单位地址： <u>天河区 XX 路 XX 号</u> 工作单位电话： <u>020-00000000</u> 工作单位部门及职务： <u>产品经理</u> 工作时间：自 <u>XXXX</u> 年 <u>XX</u> 月 至 <u>XXXX</u> 年 <u>XX</u> 月 兹证明 <u>李某</u> 同志在本单位的上年度全年总收入 <u>100000</u> 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 <u>900</u> 元。特此证明。 证明人职务： <u>经理</u> 证明人联系电话（座机）： <u>020</u> （区号）- <u>11111111</u> 证明人签字（部门盖章）： <u>刘某某</u> <u>XXXX</u> 年 <u>X</u> 月 <u>XX</u> 日				
(公司或者当地政府部门填写)	当地政府部门	名称	地址	联系电话（座机）	
	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					
<b>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</b>					
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“脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 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。 <div style="text-align: right;">           患者本人签字 / 监护人签字：<u>李某代李某某</u>  <u>XXXX</u> 年 <u>X</u> 月 <u>XX</u> 日         </div>					

## 备注：

- 1、此援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。

# 脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 患者援助项目

## 申请人收入证明表

样表 4

无工作单位模板

患者及代理人信息	患者姓名： <u>李某某</u> 年龄： <u>2</u> 性别： <u>男</u> 身份证号码： <u>000000000000000000</u>  代理申请人（监护人）信息： 姓名： <u>李某</u> 年龄： <u>28</u> 性别： <u>男</u> 身份证号： <u>111111111111111111</u> 与患者关系： <u>父子</u> 家庭地址： <u>广东</u> 省 <u>广州</u> 市 <u>越秀区 XX 路 XX 号</u> 联系电话： <u>1234567890</u> 其他备用联系人姓名： <u>孙某某</u> 与患者的关系： <u>母子</u> 联系电话： <u>00123456789</u>				<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;">           照 片             （近期一寸照）         </div>
患者或申请人收入情况	<p>以下请如实填写工作情况：</p> 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				
	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				
（公司或者当地政府部门填写）	名称	XXXX 居委会		地址	越秀区 XXX 路 XX 号
	联系人	张某某		联系电话（座机）	020-12345678
	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注射液药品使用费用。				
	证明人签字（部门盖章）张某某 XXXX 年 X 月 XX 日				
<b>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</b>					
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“脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 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。 <div style="text-align: right;">           患者本人签字 / 监护人签字：<u>李某代李某某</u>            XXXX 年 X 月 XX 日         </div>					

## 备注：

- 1、此援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。

## 脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 患者援助项目 直系亲属收入证明

样表 5

无固定工作模板（如果有固定工作，请按照样表 1 填写）

### 直系亲属收入证明（1）

姓名：刘某某 性别：女 年龄：30 与申请人的关系：母子

固定电话：无 手机：00123456789

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：务农 工作职位：无

工作时间：自 XXXX 年至 XXXX 年

上年度总收入 XXXXX 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）

本年月平均收入 XXXX 元

证明人签字：张某某 证明部门盖章：

证明人职务：村委会主任 证明人联系电话（座机）：XXXXXXXXXXXX

日期：XXXX 年 X 月 XX 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、此援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。