

中国初级卫生保健基金会

“血有止境，自由人生”血友病患者援助项目

患者家庭经济收入证明

患者本人经济收入证明（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： <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他_____							
上年度全年总收入：							
户籍所在地/居住	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：_____							

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. 如有任何疑问请致电“血有止境，自由人生”血友病患者援助项目热线 010-85402352，或查询网站 <http://byz.ilvzhou.com/>
4. 此表格可复印使用。

家庭成员经济收入证明（成人患者填写配偶信息，无配偶则空白；儿童患者填写监护人信息）

姓 名		性 别		年 龄		与申请人关系	
移动电话				固定电话			
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： <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 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：_____							

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. 如有任何疑问请致电“血有止境，自由人生”血友病患者援助项目热线 010-85402352，或查询网站 <http://byz.ilvzhou.com/>
4. 此表格可复印使用。