

援助患者经济状况申报表

(患者申请资料四)

姓名		年龄		性别		联系电话	
身份证号码:				户口地址:			
现居住地址:						邮编:	
紧急联系人姓名、关系及电话							
月工资/退休金		元	现(原)单位名称:				
单位地址:					单位电话:		
家庭年收入(万)				是否为低保户:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
其他证明材料							
发证时间及发证单位:							
本人声明: 以上资料真实准确, 如因上述资料提供不实造成的相关责任由本人负责。							
						申请人签字: 日期:	
“安心健行-安佰诺®援助项目”办公室							
						经办人签字: 日期:	

备注:

- ✧ 以上内容是“安心健行-安佰诺®援助项目”办公室审核申请人家庭经济状况的重要材料, 需本人如实填写真实、可靠的信息。
- ✧ 申请人需随表提供身份证(复印件)、工作单位或民政部门或者街道办事处(或村委会)开出的家庭经济困难证明原件。有低保证明的, 需要提供相关证明资料。所有资料均需提供原件及复印件, 原件仅为核对使用。
- ✧ “安心健行-安佰诺®援助项目”办公室将对申请人收入情况进行随访, 以核实申请人提供资料的真实、有效。
- ✧ 此信息只对“安心健行-安佰诺®援助项目”办公室公开, 且仅用于该项目使用。