

# 中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 申请表——患者本人经济情况

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____					患者照片 (近期蓝色/白色背景证件照)
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶					
身份证号：_____ 联系电话：_____					
邮寄地址：_____省_____市_____					
第一联系人姓名		与患者关系		联系电话	
第二联系人姓名		与患者关系		联系电话	
请您勾选工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 无业 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
工作单位名称：_____ 工作部门及职务：_____					
上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入）：_____元					
患者本人是否享受低保： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是    低保证号：_____ 发证时间：_____ 发证单位：_____					
患者本人是否有高额资产： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是    (如有高额资产请按照申请资料清单如实提供)					
证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____ 证明人签字：_____					
证明部门盖章：（公章）  <div style="text-align: right;">_____年_____月_____日</div>					
患者声明： 我在此声明，已完全知晓中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。					
患者本人签字：_____					
_____年_____月_____日					
<b>以下部分无需申请人填写</b>					
中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目办公室审批意见：					

备注：

1. 此表不得空缺，不得涂改。
2. 个体经营请提供营业执照复印件。
3. 有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。



# 中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 申请表——患者配偶及父母经济情况

## 患者配偶信息

患者配偶姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

请您勾选工作情况： 固定工作  退休  临时工作  个体  务农  无业  其他\_\_\_\_\_

工作单位名称：\_\_\_\_\_

工作部门及职务：\_\_\_\_\_

上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入）：\_\_\_\_\_元

证明人职务：\_\_\_\_\_ 证明人联系电话：\_\_\_\_\_ 证明人签字：\_\_\_\_\_

证明部门盖章：（公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 患者父亲信息

患者父亲姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

请您勾选工作情况： 固定工作  退休  临时工作  个体  务农  无业  其他\_\_\_\_\_

工作单位名称：\_\_\_\_\_

工作部门及职务：\_\_\_\_\_

上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入）：\_\_\_\_\_元

证明人职务：\_\_\_\_\_ 证明人联系电话：\_\_\_\_\_ 证明人签字：\_\_\_\_\_

证明部门盖章：（公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 患者母亲信息

患者母亲姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

请您勾选工作情况： 固定工作  退休  临时工作  个体  务农  无业  其他\_\_\_\_\_

工作单位名称：\_\_\_\_\_

工作部门及职务：\_\_\_\_\_

上一年度总收入（包括工资、奖金及其他零散收入）：\_\_\_\_\_元

证明人职务：\_\_\_\_\_ 证明人联系电话：\_\_\_\_\_ 证明人签字：\_\_\_\_\_

证明部门盖章：（公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

备注：

1. 此表不得空缺，不得涂改。
2. 22 周岁及以下未婚患者需填写父母信息。
3. 个体经营需提供营业执照复印件。
4. 有固定工作者需目前所在单位盖章证明，临时工作、个体经营、务农、无业及其他工作者需到当地民政局或所在辖区乡镇政府、街道办事处、居委会/村委会盖章证明。

