

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				
以下部分无需申请人填写				
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. 个体经营需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

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. 个体经营请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。

