

申请表单（附表三-1）

中国初级卫生保健基金会 爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目 家庭经济收入证明表

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：_____			
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 地村级以上政府或 街道办事处		名称：					
		地址：					
兹证明情况属实。						证明部门盖章	
证明人联系电话：_____							
证明人签字：_____				日期：_____			

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。如无此项，请填写“无”或注明情况。如有涂改，需证明部门在涂改处加盖公章。
3. 如有任何疑问请致电爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目热线 4007-001-817，或查询网站<http://ajjy.ilvzhou.com>
4. 此表格可复印使用。

申请表单（附表三-2）

中国初级卫生保健基金会 爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目 家庭经济收入证明表

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		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：_____			
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/居住地村级以上政府或街道办事处		名称：					
		地址：					
兹证明情况属实。						证明部门盖章	
证明人联系电话：_____							
证明人签字：_____				日期：_____			

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。如无此项，请填写“无”或注明情况。如有涂改，需证明部门在涂改处加盖公章。
3. 如有任何疑问请致电爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目热线 4007-001-817，或查询网站<http://ajjy.ilvzhou.com>
4. 此表格可复印使用。