

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	陈某某	性别	女	年龄	27	与申请人关系	夫妻
移动电话	13XXXXXXXX6		固定电话	057X-6XXXXXX3			
有固定工作单位人员填写以下内容							
工作单位名称： 某某市第一幼儿园				工作单位电话： 057X-6XXXXXX2			
工作时间：自 2011 年至 2017 年，工作职务 食堂员工							
兹证明 陈某某 同志在本单位的上年度全年总收入 XXXX 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： 经理				证明人联系电话： 057X-6XXXXXX8			
证明人签字： 马某某				日期： 2017年5月X日		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。