



附表二

经济评估表

(*用于低收入恶性胸膜间皮瘤患者首次援助申请时提交)

申请人填写	姓名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____ 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭地址：_____省 _____市 _____ 固定电话：_____ 手机：_____ 第一联系人姓名：_____与您的关系：_____联系方式：_____ 家庭成员_____人 (包括申请人的父母/配偶/子女)			照片 (盖骑缝章)
	以下请您如实填写工作情况： (未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况) 由所在地政府部门 (居委会/村委会、街道办事处、民政部门) 盖章 工作单位名称：_____工作单位地址：_____ 工作单位电话：_____ 工作单位部门及职务：_____ 工作时间：自 _____ 年至 _____ 年 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、奖金、补贴等全部收入) 本年度平均月收入_____元。特此证明。 证明人职务 (该单位负责人) 证明人签字 年/月/日 证明人联系电话 (座机) 证明 部 门 盖 章			
政府 部门 必 填	当地政府部门 (务必填写)	名称：_____ 联系人：_____	地址：_____ 联系电话 (座机)：_____	
	当地街道办事处 (乡政府) 或其他政府部门证明该申请人因经济困难，难以继续支付力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 药品费用。 经办人签字： 盖章			
患者申请说明： (患者) 我在此声明，已完全知晓中国初级卫生保健基金会“生命接力-肺癌患者援助项目”的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目， 本人愿意承担违反规定后的一切后果。 患者本人签字： 年/月/日：				

备注：

- 1、此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。
- 2、工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况，请详细填写。
- 3、证明部门：需现在单位人事部门盖章，无工作单位的需所在街道办事处或乡政府盖章，证明人签字。