



附表二

经济评估表

申请人填写	姓名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____		照片
	身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
工作单位填写	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）		
工作单位填写	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）		证明人联系电话（座机）
证明人签字		证明部门盖章	
年/月/日			
政府部门必填	当地政府部门 (务必填写)	名称：	地址：
		联系人：	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。

