



唯晴可待-白求恩·晴唯可[®]公益捐助项目

患者收入证明表

申请人信息	姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____ 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭住址：_____ 固定电话：_____ 手机：_____ 第一联系人姓名：_____ 与患者关系：_____ 联系方式：_____
经济情况填写	请您如实填写经济情况： 年度总收入_____元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入），特此说明。 本人（患者）在此承诺，以上所填写信息真实有效，基金会有权对以上信息进行核查，如有虚假谎报信息，基金会有权终止援助且追究相应法律责任。 患者本人签字：_____ _____年 _____月 _____日
证明单位填写	申请人以上信息属实，建议提供药品相关援助，减轻患者经济负担。 证明单位名称：_____ 证明人职务：_____ 证明人联系电话（座机）：_____ 证明人签字：_____ 日期：_____ 证明部门盖章：_____ (本栏由患者户籍所在地 / 常住地村 / 居委会/工作单位等部门证明并盖章)

备注：此项目为高额捐助项目，将接受国家审计部门核查，请如实填写，若有不实或者隐瞒将取消捐助药品资格，情节严重将负责法律责任。