GWRS-SC-DS-3.0

附表二.1

经济评估表

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
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：_____ 年　月　日　　证明部门盖章:	

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以上情况属实，建议提供援助，减轻患者经济负担。 **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“骨舞人生-严重骨质疏松患者援助项目”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。