

中国初级卫生保健基金会

共赋友助-乙型血友病患者援助项目

家庭经济收入证明表

患者本人经济收入证明（儿童患者不需填写此栏）

姓名	赵某某	性别	男	年龄	28	联系电话	13XXXXXXXXX5
身份证号	31XXXX19XXX5X722XX						
有固定工作单位人员填写以下内容							
工作单位名称：____某某市某工厂____ 工作单位电话：____057X-6XXXXXX5____ 工作时间：自 ____2010____ 年至 ____2017____ 年，工作职务 ____工人____ 兹证明____赵某某____ 同志在本单位的上年度全年总收入 ____XXXXX____ 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：____科长____ 证明人联系电话：____057X-6XXXXXX1____ 证明人签字：____周某某____ 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： ☐ 打工 ☐ 务农 ☐ 待业 ☐ 其他 _____							
上年度全年总收入：							
户籍所在地/居住地 地村级以上政府或 街道办事处	名称： 地址：						
兹证明情况属实。 证明人联系电话：_____ 证明人签字：_____ 日期：_____						证明部门盖章	

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共赋友助-乙型血友病患者援助项目热线 4007-009-198，或查询网站<http://gfyfz.ilvzhou.com>
4. 此表格可复印使用。

中国初级卫生保健基金会

共赋友助-乙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	13XXXXXXXXX6			固定电话	057X-6XXXXXXX3		
有固定工作单位人员填写以下内容							
工作单位名称： <u>某某某市第一幼儿园</u> 工作单位电话： <u>057X-6XXXXXXX2</u> 工作时间：自 <u>2011</u> 年至 <u>2017</u> 年，工作职务 <u>食堂员工</u> 兹证明 <u>陈某某</u> 同志在本单位的上年度全年总收入 <u>XXXX</u> 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： <u>经理</u> 证明人联系电话： <u>057X-6XXXXXXX8</u> 证明人签字： <u>马某某</u> 日期： <u>2017年5月X日</u> 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： ☐ 打工 ☐ 务农 ☐ 待业 ☐ 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。 证明人联系电话： _____ 证明人签字： _____ 日期： _____						证明部门盖章	

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共赋友助-乙型血友病患者援助项目热线 4007-009-198，或查询网站<http://gfyfz.ilvzhou.com>
4. 此表格可复印使用。