中华慈善总会特罗凯慈善援助项目
低收入证明（低收入患者填写）

患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____

身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□

患者本人信息

家庭住址 _____ 省 _____ 市 _____ 邮编 _____

联系电话（固话）_____ 手机 _____

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）_____

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____ 工作单位电话 _____

工作部门及职务 _____ 工作时间 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）_____

上年度总收入 _____ 元

备注：只接受单位人事部门公章，如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章

证明人职务 _____ 证明人联系电话 _____

证明人签字 _____ 证明部门盖章

年 月 日

患者申请情况说明：

（患者声明）我在此声明，已完全知晓中华慈善总会特罗凯慈善援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。

填表人签字 _____ 申请人签字 _____

年 月 日

当地民政部门（务必填写）	名称	
	地址	
	联系人	联系电话（固话）

当地政府部门证明申请人因经济困难，无能力再支付特罗凯药品费用。（请经办人填写意见并签字、盖章）

（公章）

备注：只接受街道办事处或乡级以上政府盖章

经办人签字 _____

年 月 日

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目 办公室意见：

经办人签字 _____

年 月 日

备注：

1. 此援助项目为高额慈善援助，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. 证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章。
3. 上述表格中所有内容必须填写完整，如填写不够，可自行复印。

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目
低收入证明（低收入患者填写）

患者直系亲属信息 (1)

家属姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____ 亲属关系 _____

联系电话（固话）_____ 手机 _____

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____ 工作单位电话 _____

工作部门及职务 _____ 工作时间 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）

上年度总收入 _____ 元

证明人职务 _____ 证明人联系电话 _____

证明人签字 _____ 证明部门盖章

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者直系亲属信息 (2)

家属姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____ 亲属关系 _____

联系电话（固话）_____ 手机 _____

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____ 工作单位电话 _____

工作部门及职务 _____ 工作时间 自 _____ 年至 _____ 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）

上年度总收入 _____ 元

证明人职务 _____ 证明人联系电话 _____

证明人签字 _____ 证明部门盖章

_____ 年 _____ 月 _____ 日

备注：

1. 患者直系亲属（包括父母、配偶、已就业子女）均需填写此表格。
2. 证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府部门公章。退休人员需街道办事处或乡级以上政府部门公章。
3. 上述表格中所有内容必须填写完整，如填写不够，可自行复印。