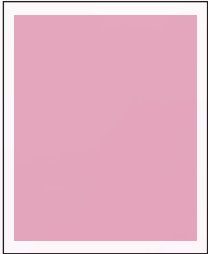


白求恩公益关爱女性健康行动 择优乐享-患者援助项目收入证明信息表

申请人信息 填写	姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____ 身份证号码：_____ 家庭地址：_____ 省_____ 市_____ 联系方式：_____ 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）	
收入情况填写 (在职人员)	以下请如实填写工作收入情况： 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：_____ 证明人联系电话(座机)：_____ 证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____ _____ 年_____ 月_____ 日	
收入情况证明 (非在职人员)	以下请如实填写工作收入情况： 兹证明_____ 同志在上年度全年总收入_____ 元（退休收入） 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	
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，无能力再支付 则乐®药品费用		
患者申请说明： （患者）我在此声明，已完全知晓白求恩公益基金会“白求恩公益关爱女性健康行动之择优乐享-患者援助项目”全部信息，同意并严格遵守项目规定，自愿按程序申请项目，以上填写内容均为真实信息，本人愿意承担违反规定或提供不实材料而产生的一切后果。 本人签字（患者本人）：_____ 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