

2024年甲型血友病患者生活补助项目

经济评估表

注：此援助项目为慈善项目，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。

申请人填写	姓名：_____ 联系电话：_____ 身份证号码：_____ 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____
经济情况填写	以下请如实填写（无工作或无固定工作单位的，请注明收入金额，由政府部门填写并盖章；有工作单位的，由工作单位或政府部门填写并盖章）： 兹证明此同志近一年全年总收入为_____元（年收入包括工资、资金、补贴等全部收入）。 证明单位名称：_____ 证明人联系电话（座机）：_____ 证明人签字：_____ 证明部门盖章 _____ _____年____月____日
患者申请说明： 我在此声明，已完全知晓北京康盟慈善基金会“2024年甲型血友病患者生活补助项目”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：

经济情况填写：

工作情况包括：固定工作、临时工作、个体经营或务农等；无工作或无固定工作单位的，收入来源可以为退休、务农、子女赡养等，请注明收入金额，由政府部门填写并盖章； 1- 有工作单位的，由工作单位或政府部门填写并盖章。

政府部门填写：信息填写完整、证明人签字、盖章、联系方式（当地村委会、居委会及以上部门）。

注：政府部门： 包括居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处或以上部门工作单位： 人事部章、财务章或公章。