

患者经济状况填报表

患者情况	患者姓名		性别		年龄	
	电话		身份证号			
患者配偶情况	配偶姓名		性别		年龄	
	电话		身份证号			
家庭年收入(元)	¥	大写	拾 万 仟 佰 拾 元 (家庭年收入包括工资、补贴、奖金等全部收入)			
本人申明：如因上述资料提供不实造成的相关责任由本人负责。						
收入情况说明：						
患者签字： 日期：						
所属街道办事处/居委会或村镇政府意见	机构名称： (机构公章) 经办人： 电话： 日期：					

朗视界沐光明
公益基金

备注:

- ◆ 以上内容是“朗视界 沐光明”项目办公室审核申请人家庭经济情况的重要材料，需要本人如实填写可靠的信息。
- ◆ 未参加工作请注明实际情况及原因，失业或灵活就业人员需填写务农或家务等实际情况，有工资收入者需提交近十二个月收入流水。
- ◆ 申请人需随表提供身份证和户口簿复印件，工作单位或民政部门，街道办事处开具的低收入证明原件，有低保证明（或农村特困户证明）的，需提供相关证明材料。
- ◆ “朗视界 沐光明”项目办公室将对申请人收入情况进行随访，以核实申请人提供资料的真实有效。
- ◆ 此信息只对“朗视界 沐光明”项目办公室公开，且仅用于该项目使用。