



# 中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 患者经济抽查信息登记表

姓名		联系电话		身份证号		相片 (近期彩色免冠 一寸照片)
工作单位名称						
配偶姓名		工作单位名称				
2017 年度患者 夫妻双方总收入						
现居住地址						
患者家庭是否具有高额资产? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
如选“是”，请作简要说明（高额资产包括高档住宅、豪华家用轿车、有价证券、公司企业等）。						
当地民政部门或者街道办事处、乡镇政府办公电话						
当地民政部门或者街道办事处、乡镇政府核准是否患者已丧失继续治疗的经济能力				中华慈善总会爱必妥慈善援助项目办公室意见 (此栏无需患者填写)		
(公章) 经办人签字:						
年      月      日				年      月      日		

填表说明：患者必须根据自己的实际情况如实提交所有材料，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。