



中国红十字基金会“天使友爱”血友病患者援助项目

患者家庭经济收入证明

患者本人经济收入证明 (儿童患者不需填写此栏)

姓 名		性 别		年 龄		联系电话	
身份证号							
以下证明方式三选一							
方式一：有/无固定工作单位人员均可提交							
附： 个人所得税纳税记录/医保余额记录/公积金账户信息记录 (三者任选其一即可)							
方式二：有固定工作单位人员填写							
工作单位名称：_____							
入职时间：_____年____月，工作职务_____							
兹证明 _____同志在本单位的月均收入_____元 (月均收入为工资、津贴、奖金等全部收入除以 12)							
特此证明。							
证明工作单位公章/工作单位人事章 (盖章)							
年 月 日							
方式三：无固定工作单位人员填写 (家庭成员证明不需在下表再次盖章)							
现在情况： <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他_____							
兹证明_____乡镇 (街道) _____村 (社区) _____村民 (居民) 在上年度全年总收入_____元，情况属实。							
特此证明。							
户籍所在地/居住地乡级以上政府或街道办事处 (盖章)							
年 月 日							

备注：

- 该项目为慈善援助项目，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。
- 表格中所有内容均需填写，不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
- 如有任何疑问请致电“天使友爱”血友病患者援助项目热线 010-85594963，
(工作日上午 9:30-11:30 下午 14:00-17:00)
- 此表格可复印使用。

**家庭成员经济收入证明 (成人患者填写配偶信息, 无配偶则空白; 儿童患者填写监护人信息)**

姓 名		性 别		年 龄		与申请人关系	
移动电话				固定电话			
以下证明方式三选一							
方式一：有/无工作人员均可提交							
附： 个人所得税纳税记录/医保余额记录/公积金账户信息记录 (三者任选其一即可)							
方式二：有固定工作单位人员填写							
工作单位名称: _____							
入职时间: _____年__月, 工作职务_____							
兹证明 _____同志在本单位的月均收入_____元 (月均收入为工资、津贴、奖金等全部收入除以12)							
特此证明。							
证明工作单位公章/工作单位人事章 (盖章)							
年 月 日							
方式三：无固定工作单位人员填写 (与患者本人证明共用, 不需再次盖章)							
现在情况: <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他_____							
兹证明_____乡镇(街道)_____村(社区)_____村民(居民)在上年度全年总收入_____元, 情况属实。							
特此证明。							
户籍所在地/居住地乡级以上政府或街道办事处 (盖章)							
年 月 日							

备注:

1. 该项目为慈善援助项目, 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. 表格中所有内容均需填写, 不得空缺和涂改。如无此项, 请填写“无”或注明情况。
3. 如有任何疑问请致电“天使友爱”血友病患者援助项目热线 010-85594963, (工作日上午 9:30-11:30 下午 14:00-17:00)。
4. 此表格可复印使用。