

中国初级卫生保健基金会
美而绽放——庞贝病患者援助项目
经济证明表

申请人 填写	姓名		年龄		性别	
	身份证号					
	家庭地址					
	手机					
	第一联系人姓名		与您的关系		联系方式	
政府 部门 必填	名称 _____ 证明人联系电话（座机） _____					
	申请人以上情况属实，经济较为困难。 证明人签字（部门盖章） _____年__月__日					

备注：

援助对象应为低收入患者。项目办公室根据患者家庭的收入与支出、当地的消费水平进行综合性评估，包括因病致贫、因病返贫的家庭（家庭的医疗支出占家庭可支付能力的比重等于或超过40%）

政府部门指的是当地村委会，居委会及以上政府部门。填写部分需要信息填写完整，包括证明人签字、联系方式，部门盖章。