

美而绽放——庞贝病患者援助项目

项目申请表

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：_____
非医保地区填写	
政府部门填写	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： 1、援助对象为低收入患者。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%）。 2、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。
医保地区填写	
医保类型：_____ 医保所在地：_____	
享受当地大病医保报销患者需提供享受大病医保报销证明或社保卡复印件。	