



中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者年度随访表

姓名:	姓名汉语拼音:	唯一号码:
性别:	年龄:	移动电话:
身份证号:	固定电话:	
本年度患者医保状况是否有变化? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 具体变化为:		
本年度患者及直系亲属的家庭经济状况、固定资产状况是否有变化? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 具体变化为:		
患者本人签字: _____		患者本人按手印: _____
		填表时间: 年 月 日
中华慈善总会百因止慈善援助项目办公室意见 (此栏无需患者填写)		
		年 月 日

填表说明:

1. 此表不得空缺、不得涂改, 有效期为 2 个月。
2. 按照低保援助比例受助的患者需要提交低保证复印件以及近 1 年的低保金领取记录。
3. 患者需要将此表原件通过中国邮政 EMS 邮寄到中华慈善总会百因止项目指定信箱地址: 北京市 100034 信箱 30 分箱。收件人: 百因止项目。
4. 患者年度随访审核周期为 5 个工作日。若随访未通过, 我办将及时联系患者。若随访通过, 我办不再另行通知, 患者可主动查询, 以便继续领取援助资金。
5. 若患者未按时进行年度随访, 或者年度随访未通过的, 则不能继续领取援助资金。
6. 患者可以拨打项目热线 010-51672086 或登陆百因止慈善援助项目网站 www.baiyinzhiccf.org 查询随访结果。此表格可使用 A4 纸张下载打印或复印。