



中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者经济抽查表

姓名：	身份证号：	唯一号码：		
联系方式（尽量多填）：				
患者是否享受低保？ <input type="checkbox"/> 是，需附上低保证复印件及最近3个月低保金领取记录，无需填写下表 <input type="checkbox"/> 否，需填写下表并盖章				
姓名	与患者关系	年龄	上年度总收入	证明单位公章
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）： <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

填表说明：

1. 此表格需使用 A4 纸打印，钢笔或签字笔正楷逐栏填写，不得涂改。
2. 患者 18 周岁以下无需盖章；患者 22 周岁以下需填写父母信息；患者已婚的需填写配偶信息。
3. 固定工作的需加盖工作单位公章、财务章或人事章；临时工作、务农或无业的，需加盖村/居委会章。
4. 请将此表原件通过中国邮政 EMS 邮寄至：北京市 100034 信箱 30 分箱 百因止项目。
5. 经济抽查审核周期为 5 个工作日。如抽查未通过，我办将及时联系患者；如抽查通过，我办不再另行通知。如有疑问，患者可以拨打项目热线 010-51672086 进行咨询。