

# 上海德达医院慈善救助患者信息表 患者填写部分

## 一、患者信息

患者姓名		性 别		照片
出生日期	年 月 日	联系电话		
年 龄	岁			
身份证号				
医 保 或 新农合证号				
地 址				
工作单位、 生活来源、 劳动能力				
患者年收入(元)		家庭固定资产(元)		
家庭可支配现金(元)		家 庭 债 务(元)		
监护人/联系人		联 系 电 话		
申 请 救 助 类 别	贫困 <input type="checkbox"/> 侨属 <input type="checkbox"/> 现役及转业军人 <input type="checkbox"/> 军属 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 孤寡 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 其他（请说明）：			
村委会、街道 意见	兹证明申请人为以下类别之一 贫困 <input type="checkbox"/> 侨属 <input type="checkbox"/> 现役及转业军人 <input type="checkbox"/> 军属 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 孤寡 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 其他（请说明）：   <div>盖章</div> <div>时间                      年    月    日</div>			
救 助 类 别 证明、证件				

二、患者家庭成员信息（患者所在户口本上的所有成员）

主要家庭成员类别 (例：妻子、女儿)			
姓 名			
性 别			
出 生 日 期			
身 份 证 号			
民 族			
文 化 程 度			
工 作 单 位、 生 活 来 源、 劳 动 能 力			
职 业 / 职 务			
个 人 年 收 入 (元)			
健 康 状 况			
联 系 电 话			

三、 签字

患者本人或监护人签字	本人 _____ 知晓以上信息将用于慈善基金的申请，并已详细如实填写  时间：            年            月            日
------------	--

四、附件（患者或监护人提供）

患者必须提交如下证明材料：

- (1) 患者心脏彩超报告
- (2) 患者身份证及户口本复印件（身份证许双面复印，无户口本需提交出生证明复印件）
- (3) 针对未成年患者，提供患者监护人身份证及户口本复印件（身份证许双面复印）
- (4) 针对贫困患者，需提供患者家庭贫困证明，及一切可以真实描述家庭收入及债务的证明