中华慈善总会特罗凯慈善援助项目
低保证明（低保患者填写）

患者姓名 吴某某　性别 男　年龄 61　婚姻状况 已婚

身份证号码 3 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 X

患者本人信息

家庭住址 辽宁 省 某某 市 某某路XX号　邮编 116400

联系电话（固话）0410-6123456　手机 13000000000

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）自1996年——至今下岗

工作单位名称 某某投资物资公司

工作单位地址 某某市某某路XX号　工作单位电话 0410-6543218

工作部门及职务 普通工人　工作时间 自 1982 年至 1996 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）5000元

上年度总收入 3000 元（民政部发给的残疫军人补贴）

备注：只接受单位人事部门公章，如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章

证明人职务 低保科科长　证明人联系电话 0410-6543218

证明人签字 张某某　证明部门盖章

2011 年 10 月 20 日

低保证号 DLM22XXX	发证时间 2010.3.1	发证单位 某某市民政局

患者申请情况说明：本人与2011.4月份在当地医院检查出肺癌晚期，经化疗效果不明显后在北京301医院服用特罗凯至今效果非常明显病情得到好转，望中华慈善总会能给予援助支持本人与癌症抗争，延长生命！

（患者声明）我在此声明，已完全知晓中华慈善总会特罗凯慈善援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。

填表人签字 吴某某　申请人签字 吴某某

2011 年 10 月 20 日

当地民政部门（务必填写）	名称 某某市民政局	
	地址 鞍山路XX号	
	联系人 李某某	联系电话（固话）0410-5000210

当地民政部门核准申请人家庭是否属于低保特困户　☑是　□否

（公章）

经办人签字 李某某

2011 年 10 月 21 日

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目 办公室意见：

经办人签字

年　月　日

备注：

1. 此援助项目为高额慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写。如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重者将负法律责任。
2. 如低保证上的姓名与申请人不一致，需在复印件上写明低保证持有人与申请人关系，并用户口本复印件作为证明（由单位派出所或街道办事处盖章、乡（镇）级别以上政府公章）。
3. 证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章。
4. 上述表格中所有内容必须填写完整。

项目热线：400 - 880 - 8780 周一 —— 周五 9:00 - 18:00
项目网站：http://www.4008808780.com

样表

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目
低收入证明（低收入患者填写）

患者姓名 贾某某　性别 女　年龄 57　婚姻状况 已婚

身份证号码 3 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 X

患者本人信息

家庭住址 云南 省 昆明 市 盘某区某某街XX号 邮编 650000

联系电话（固话）0872-1234567　手机 15500000000

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）工人，病休

工作单位名称 昆明市某某小学

工作单位地址 昆明市某某路XX号　工作单位电话 0872-6666666

工作部门及职务 食堂工人　工作时间 自 1980 年至 2011 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）壹万贰仟柒佰

上年度总收入 壹万贰仟柒佰 元

备注：只接受单位人事部门公章，如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府盖章

证明人职务 主任　证明人联系电话 0872-6666666

证明人签字 冯某某　证明部门盖章

2011 年 10 月 20 日

患者申请情况说明：本人于2011.5月份在当地医院检查出肺癌晚期，经化疗效果不明显，后在上海市肺科医院服用特罗凯效果非常明显，肿瘤缩小。因本人家庭经济条件差，无力承担，望中华慈善总会能给予赠药帮助我与病魔抗争，延长生命。

（患者声明）我在此声明，已完全知晓中华慈善总会特罗凯慈善援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。

填表人签字 贾某某　申请人签字 贾某某

2011 年 10 月 20 日

当地民政部门（务必填写）	名称 昆明市盘某区人民政府	
	地址 盘某区某某街XX号	
	联系人 张某某	联系电话（固话）0872-7777777

当地政府部门证明申请人因经济困难，无能力再支付特罗凯药品费用。（请经办人填写意见并签字、盖章）

贾某某属我社区居民，因病致困，无力承担药品费用，请予以爱心关照

该患者属某某街道管辖内居民

（公章）

经办人签字 张某

2011 年 10 月 20 日

备注：只接受街道办事处或乡级以上政府盖章

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目 办公室意见：

经办人签字

年　月　日

备注：

1. 此援助项目为高额慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写。如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重者将负法律责任。
2. 证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或以乡级以上政府盖章。
3. 上述表格中所有内容必须填写完整，如填写不够，可自行复印。

样表

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目
低收入证明（低收入患者填写）

患者直系亲属信息 (1)

家属姓名 何某某 性别 男 年龄 57 婚姻状况 已婚 亲属关系 丈夫

联系电话（固话） 0872-1234568 手机 15500000000

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）

工作单位名称 云南省某某化工厂

工作单位地址 昆明市某某路某某号 工作单位电话 0872-2222222

工作部门及职务 工人 工作时间 自 1980 年至 2011 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）

上年度总收入 壹万伍仟元 元

证明人职务 科长 证明人联系电话 0872-2222222

证明人签字 吴某某 证明部门盖章

备注：只接受单位人事部门公章，如单位无人事章、请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章

2011 年 10 月 21 日

样表

患者直系亲属信息 (2)

家属姓名 何某某 性别 男 年龄 32 婚姻状况 已婚 亲属关系 儿子

联系电话（固话） 0872–123456 手机 15500000000

以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况）

工作单位名称 昆明某某公司

工作单位地址 昆明某某区某某路某某号 工作单位电话 0872-3333333

工作部门及职务 装配车间，电工 工作时间 自 2004 年至 2011 年

在该单位的年收入（年收入包括工资及奖金两部分）

上年度总收入 贰万伍仟元 元

证明人职务 经理 证明人联系电话 0872-3333333

证明人签字 刘某某 证明部门盖章

备注：只接受单位人事部门公章，如单位无人事章、请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章

2011 年 10 月 21 日

备注：

1. 患者直系亲属（包括父母、配偶、已就业子女）均需填写此表格。
2. 证明人为证明单位相关负责人。证明部门盖章为：单位人事部门盖章；如单位无人事章，请盖好单位公章后加盖街道办事处或乡级以上政府部门公章；如无工作单位则由街道办事处或乡级以上政府部门公章。退休人员需街道办事处或乡级以上政府部门公章。
3. 上述表格中所有内容必须填写完整，如填写不够，可自行复印。