

北京华康公益基金会
科学守卫·赛佑新生-患者援助公益项目
项目申请评估表

患者姓名	_____ 性别 _____ 年龄 _____ 联系电话 _____
身份证号	<input type="checkbox"/>
家庭地址	_____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 乡/镇 _____
家属姓名	_____ 与患者关系 _____ 联系电话 _____
家属姓名	_____ 与患者关系 _____ 联系电话 _____
申请人类型 (多选)	<input type="checkbox"/> 贫困户 <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 精准扶贫户 <input type="checkbox"/> 低收入群体 <input type="checkbox"/> 本人为残疾人员 <input type="checkbox"/> 家庭成员中有残疾人员 <input type="checkbox"/> 欠债壹拾万元以上 <input type="checkbox"/> 无力支任医疗费用
家庭年收入 _____ 万元； 预计医疗支出 _____ 万元； 近一年医疗总支出 _____ 万元； 家庭负债 _____ 万元；	
声明： 1、我因患有 _____ 疾病，需要注射用盐酸曲拉西利(药品名：科赛拉®) 药品治疗，现 申请“科学守卫·赛佑新生-患者援助公益项目”项目援助，以帮助我治疗疾病，缓解我的经济困难。 2、我郑重承诺，我提供的所有资料真实有效，如有不实、隐瞒等情况，自动放弃本次申请并愿意承担因此产生的一切责任。 患者签字：_____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	