“朗视界 沐光明”公益项目患者家庭收入承诺书

患者及其家庭成员收入情况 (配偶/子女/父母)	姓名		性别		电话		
	身份证号码						
	户籍地				工作单位名称		
	近一年总收入	¥			工作单位电话		
	姓名		电话			关系	
	单位				近一年总收入	¥	
	姓名		电话			关系	
	单位				近一年总收入	¥	
	家庭近一年总收入	¥		大写	拾 万 仟 佰 拾 元 (家庭年收入包括工资、补贴、奖金等全部收入)		
证明人情况 (除家属外)	姓名		性别		电话		
	身份证号码				与患者关系		
	工作单位名称				工作单位电话		

朗视界 沐光明

公益基金

家庭经济情况说明：

本人自愿申请“朗视界 沐光明”公益基金援助项目，本人郑重声明，符合该项目经济条件要求，所提供的全部申请材料均真实准确，符合该项目的申请条件，愿意接受“朗视界 沐光明”项目办公室核查，任何不实的申报或违反项目规定的行为，将导致本人申请得不到批准或赠药中止/终止的后果，并承担相应的法律责任。

申请人签字：

日期：

- ◆ 以上内容是“朗视界 沐光明”项目办公室审核申请人家庭经济情况的重要材料，需要本人如实填写可靠的信息。
- ◆ 未参加工作请注明实际情况及原因，失业或灵活就业人员需填写务农或家务等实际情况，有工资收入者需提交近十二个月收入流水。
- ◆ 申请人需随表提供身份证和户口簿复印件，工作单位或民政部门，街道办事处开具的低收入证明原件，有低保证明（或农村特困户证明）的，需提供相关证明材料。
- ◆ “朗视界 沐光明”项目办公室将对申请人收入情况进行随访，以核实申请人提供资料的真实有效。
- ◆ 此信息只对“朗视界 沐光明”项目办公室公开，且仅用于该项目使用。