

患者编号

## 诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 后续申请经济情况声明

基本信息：

患者姓名：	性别：	
年龄：	手机号码：	
身份证号码：		
邮寄地址及编码：		
紧急联络人：	关系：	手机号码：
是否为病前低保/“建档立卡”贫困家庭患者： <input type="checkbox"/> 是（如填此项，注明属于病前低保/“建档立卡”贫困家庭患者）_____ <input type="checkbox"/> 否		
<b>我声明：</b> 本人及直系亲属经济情况均未发生重大变化，本人同意，并授权中国妇女发展基金会对本人的经济信息内容进行调查核实。且本人已知晓任何不实或隐瞒申报将导致本人的申请得不到批准或项目资格立即终止的结果，中国妇女发展基金会将追回援助药品，并保留追究法律责任的权利。		
患者签字：  年 月 日		
项目办确认 赞可达患者援助项目办公室意见（此栏无需患者填写）  年 月 日		

备注：

患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将失去援助资格。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）