



附表三

低保证明

申请人填写	姓名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____		照 片 (盖骑缝章)
	身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
	家庭地址：_____省 _____市 _____		
	固定电话：_____ 手机：_____		
	低保证号：_____ 享受低保起始日期：_____		
	持证人姓名：_____ 与申请人关系：_____		
	第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____		
当地民政部门填写	家庭成员 _____ 人 (包括申请人的父母 /配偶 /子女)		
	姓名：_____	与患者关系：_____	姓名：_____ 与患者关系：_____
	姓名：_____	与患者关系：_____	姓名：_____ 与患者关系：_____
	姓名：_____	与患者关系：_____	姓名：_____ 与患者关系：_____
	当地政府部门 (务必填写)		名称：_____ 地址：_____
			联系人：_____ 联系电话(座机)：_____
	当地民政部门核准申请人家庭是属于低保户。		
(公章)备注：_____		证明人签字：_____ 年 月 日	
<p>患者申请说明：</p> <p>(患者)我在此声明，已完全知晓北京康盟慈善基金会“‘A’上幸福---立幸患者援助项目”的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，本人愿意承担违反规定后的一切后果。</p> <p style="text-align: right;">患者本人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">年/月/日：_____</p>			

备注：此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。