**中国社会福利基金会919大病救助工程**

**资助对象信息登记表（详细版）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受助者姓名** |  | **身份证号** |  |
| **性 别** |  | **年 龄** |  | **民 族** |  |
| **入院诊断** |  | **治疗方式** |  |
| **治疗医院** |  | **医保种类** |  |
| **户籍地址** | **(省级) （县级）** |
| **直系亲属姓名** |  | **身份证号** |  | **与患者关系** |  |
| **患者通讯地址** |  |
| **患者/直系亲属****联系电话** | **1、** | **2、** | **3、** |
| **家庭上年度收入总计** |  | **接受过其他资助情况** |  |
| **家庭主要财产****和债务****情况** | **收入主要来源** |  | **房产及估值** |  |
| **其它项目收入** |  | **家电及估值** |  |
| **债务情况** |  | **交通工具估值** |  |
| **就诊医院****诊断意见****主管医生签字和医院盖章**  **年 月 日**  |
| **乡镇(街道办)****审核意见*****审核人签字和单位盖章*****年 月 日** |

**我声明以上所填写内容真实。患者/直系亲属签名：**