

患者家庭情况说明

智善公益基金会：

患者姓名_____, 性别_____, 身份证号_____。

经医院检查, 患有脊柱侧弯() 强直性脊柱炎(), 需手术治疗。因手术费用高、家庭困难, 请智善公益基金会给予适当救助。现将有关情况说明如下:

该患者自家房产位于_____(省/自治区/直辖市)_____县(市、区)_____
(乡镇、街道)_____村(居委会、社区)_____路_____号, 面积_____平方米,
房产证房主姓名是: _____。

【如果患者目前居住的是自家房产, 以下房产信息无需填写。如果不是, 请填写以下信息: 患者目前居住在_____(省/自治区/直辖市)_____县(市、区)_____
(乡镇、街道)_____村(居委会、社区)_____路_____号, 该房产的房主姓名是: _____, 面积_____平方米。】

该患者(☐是/☐否)低保户, (☐是/☐否)享受低收入家庭优惠政策(适合项前划√)。

家庭其它主要财产有: 土地_____亩; 车辆_____台, 品牌及型号_____,
购置于_____年; (是/否)有经营店铺, _____平方米。

以上情况属实。特此说明。

_____ (公章)

_____年____月____日

盖章单位证明人姓名:

联系电话:

说明: 无低保证、残疾证的患者, 请打印填写盖章, 网上申请时拍照上传。
初审通过后, 将原件与其它纸质资料一并邮寄至智善公益基金会秘书处。