

家庭贫困证明

智善公益基金会：

患者_____，性别___，身份证号_____，
系_____县(市、区)_____ (乡、镇、街道)_____
村(居、社区)居民。经医院诊断患有_____。

患者家中___口人，家庭主要财产有（土地、房屋、店铺、车辆、牲畜等）_____。

患者父亲姓名_____，___岁，目前在_____从事
_____职业；母亲姓名_____，___岁，在_____从事
_____职业。患者兄弟姐妹共___人（包括患者）。

患者家庭贫困，_____（是或不是）低保户。患者本人_____（有或无）
违法犯罪史，家庭成员_____（有或无）超计划生育问题。患者计划到
_____医院做脊柱侧弯手术，请智善公益基金会给予适当救助。

以上情况如有虚假，本单位及开具证明人愿意为患者退还智善公益基金会的全部捐赠款项承担连带责任。

特此证明。

_____（公章）

_____年___月___日

开具证明人姓名：

证明人电话：