

## 情况证明

此表格应由寻求经济援助的患者根据患者经济援助团队的要求填写以获取更多信息。这可能包括靠现金储蓄生活、婚姻状况不明、配偶不提供家庭支持、非法定监护等情况。

患者姓名： \_\_\_\_\_

请在此处描述情况：

### 证明：

我保证，据我所知，上述信息是真实和正确的。我同意，如果需要进一步验证，您可以与我联系。

\_\_\_\_\_  
填写此表格的人签名  
(Signature of person completing this form)

\_\_\_\_\_  
签署日期  
(Date signed)