

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022077

申请日期: 年 月 日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	苏益炯	男	2012.11.23		广东省湛江市遂溪县
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %		
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用
	急性淋巴细胞白血病		珠江医院		50万

病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	苏伟东	男	43	父子	务农	
	廖华琴	女	37	母子	家庭主妇无收入	

申请救助理由:

本人家住农村,家里以务农为生。无车无房,收入微薄,承担四个小孩上学开销本就压力颇大,最小的孩子上幼儿园,最大的上初中。日常只能勉强维持衣食。最近一儿子(苏益炯)突患急性白血病,需要50万医药费让我的家庭更加雪上加霜。如此的重担压得我实在毫无办法,只能希望爱心公益援助,帮助我摇摇欲坠的家庭渡过难关,救救我患病的儿子,救救我家庭。望申请可通过。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 廖华琴 年 月 日

医院填写	疾病诊断及治疗费用(诊断疾病、治疗方案、预计费用):	
	确诊急性淋巴细胞白血病(B细胞.MR.CR),现比市中。必要时行造血干细胞移植。预计费用30万	
	医师签名: 2021.12.18 年 月 日	
医院意见:		
建议给予医疗救助金 3万 元。 (大写: 叁 万 仟 佰 拾 元 角 分)		
负责人签名: 年 月 日		

广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万伍仟元

负责人(签名): 高学化 2022年2月4日



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症貧童救助款收據

病童姓名：蘇益炯 性別：男 年齡：9
病種：急性淋巴細胞白血病 治療醫院：南方醫科大學珠江醫院

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 15,000 元（大写：人民
幣 壹萬伍仟元整），將作為 蘇益炯 的治療費用。

受助人（監護人）：蘇華琴

電 話：

見證人（記者/志願者/捐贈方代
表等）：

電 話：

經辦人：梁代

電 話：13822279353

日 期：2022年2月24日

诊断证明书

姓名：苏益炯

科室：小儿血液科病区

床号：73

ID号：4467218

住院号：764661

科别：小儿血液科病区

入院日期：2021年11月14日

出院日期：2021年12月18日

检查结果：-

诊断意见：

1、急性淋巴细胞白血病（B细胞型，CRLF2，TP53）

2、肺炎

处理意见：住院治疗。

医生签名：杨丽华

日期：2021年12月18日

签发单位：（盖章）





核发单位：湛江市遂溪县民政局

发证日期：2022年1月4日

户主姓名：苏益炯

身份证号码：[REDACTED]

低保证编号：[REDACTED]

-1-

户主姓名	苏益炯	性别	男	
出生年月	2012年11月	职业	无业	
医保卡号		家庭人口	1	
居住地址	遂溪县黄略镇深沟村委会			
户籍地	湛江市遂溪县(市、区) 乡镇(街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入

-2-

家庭成员照片

核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

-3-

