

20239687

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022129

申请日期: 2021年12月20日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	陈紫冰	女	2011.10.31			广东省英德市大湾镇
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	重度地中海贫血		广州妇女儿童医疗中心		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
	陆绪灵	女	38	母女	打散工	
	陈光军	男	40	父母	死亡	
申请救助理由		申请救助理由请详细填写(如:小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等) 女儿患重度地中海贫血十年长期靠输血排铁维持生命,现在中华骨髓库已配对成功,需要40万的手术费,对于一个单亲妈妈来说无能为力和承受这费用,无奈之下向平谷发起求助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陆绪灵 2021年12月20日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):					
	医师签名:  2021年12月23日 医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 肆 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名:  2021年12月23日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之整 负责人(签名): 高晓红 2021年12月27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：陳紫冰

性別：女

年齡：10

病種：重慶地中海貧血

治療醫院：廣州市婦女兒童醫療中心

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 20,000 元（大写：人民
幣貳萬元整），將作為 陳紫冰 的治療費用。

受助人（監護人）：陸緒靈

電 話：

見證人（記者/志願者/捐贈方代
表等）：

電 話：

經辦人：

電 話：13822279353

日 期：2022年 3月 22日

广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇幼保健院

诊断证明书 (病假建议书)

流水号: 20211022Y05414

姓名: 陈紫冰

性别: 女 年龄: 9岁 卡号: [REDACTED]

诊断: 重型B型地中海贫血,

诊断备注:

医嘱及建议: 有合适供者, 拟行造血干细胞移植术。术后予抗移植宿主病、抗感染等治疗, 予输注静脉注射用人免疫球蛋白, 定期复查。预计费用约40万元。

病区: 血液科。

科医师: 刘莎

日期: 2021-10-22



注:

1. 未经盖章, 签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明, 不得作其他证明使用。

证明

兹有我瑶排村留眉洞组村民：陈紫冰；女性、于
2011 年 10 月 31 日出生，身份证号码：
[REDACTED] 一家三口人生活；现因患有重
度地中海贫血，要长期输血和排铁维持生命，巨额的
医疗费用导致家庭非常困难，家中还有个 60 多岁奶奶；
家里收入母亲：陆绪灵（身份证号码：
[REDACTED]）务工和低保金收入维持生活，
很难支付昂贵医疗费用。望有关单位给予帮助为盼！

特此证明

英德市大湾镇瑶排村民委员会

二〇二一年十一月四日

母亲：陆绪灵

2021.11.4



2022/03/20 15:56