

70264862

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022309

申请日期: 2022 年 06 月 10 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	陈子滨	男	2018 年 7 月			广东省梅州市梅县区
	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	
	肾肿瘤（左侧）		广州市妇女儿童医疗中心		6-8 万元	
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
	陈意意	女	29	母子	无劳动能力	
	张鸿兴	男	32	父子	送货员, 3000 元	
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） 患儿陈子滨，3 岁，男性患儿，本次因“尿痛、排尿困难半月”入院。经评估后需行肿瘤切除术，术后仍需进一步放化疗，手术预计费用 6-8 万左右，费用缺口 4-6 万左右，治疗预计总费用 30 万左右。患儿家庭经济来源困难，为当地贫困户，母亲患有残疾，已出具当地民政局贫困证明。本次入院参加医保为省内异地医保。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈意意 2022 年 6 月 10 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患儿诊断“肾肿瘤（左侧）”明确，本次入院拟行肿瘤切除术，术后仍需进一步放化疗。					
	医院意见： 建议给予医疗救助金 元。 （大写：贰 万 仟 佰 拾 元 角 分） 医师签名: 杨晓 2022 年 6 月 10 日 负责人签名: 王 2022 年 6 月 20 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整 负责人（签名）: 高 2022 年 6 月 20 日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症贫童救助款收据

病童姓名: 陈子滨

性别: 男

年龄: 3

病种: 肾肿瘤

治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为陈子滨的治疗费用。

受助人 (监护人): 張鴻兴

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: [REDACTED]

电 话: 138 2227 9353

日 期: 2022 年 6 月 22 日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 陈子滨 性别:男 年龄:3岁 科别: 肿瘤外科二组(珠) 床号:009 住院号: 20264862

诊 断:

肾肿瘤(左侧)

医嘱及建议:

患儿2022-06-06至今于我院住院, 拟行手术治疗, 特此证明。

医师签名:

杨晓

日 期:2022-6-10 14:29:03



注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。

一、建档封面

村小组		墩上				
户码	户主名称	户主性别	建档时间			
003	潘映平	女	2016-06-26 09:04:04.0			
帮扶责任人						
姓名	单位	职务	联系方式	开始帮扶时间	结束帮扶时间	备注
张利娟	梅县区南口镇人民政府	科员级		2017-10-16		



二、贫困户基本情况

一、基本情况

家庭地址	梅州市梅县南口镇益昌村委会		
户主名称	潘映平	联系电话	
贫困户属性	☒ 一般贫困户 ☐ 低保贫困户 ☐ 五保贫困户 (其中是否属: ☐ 水库移民户)		
劳动力情况	有劳动能力户	残疾户情况	残疾户

二、家庭成员信息

序号	A1姓名	A2性别	A3身份证号码	A4与户主关系	A6政治面貌	A8在校生活情况	A9健康状况	A10劳动能力
1	潘映平	女		户主	群众	非在校	健康	普通劳动力
2	陈意意	女		之女	群众	非在校	残疾-无	无劳动力

三、致贫原因

122主要致贫原因	☐ 因病 ☒ 因残 ☐ 因学 ☐ 因灾 ☐ 缺土地 ☐ 缺水 ☐ 缺技术 ☐ 缺劳力 ☐ 缺资金 ☐ 交通条件落后 ☐ 自身发展动力不足 ☐ 其它 ☐ 因婚 ☐ 因丧
-----------	---

五、生活条件

A31住房面积(平方米)	90.0	A32是否通生活用电	是	A34饮水是否安全	是
A56主要住房是否危房	否	A56a危房级别	未选择	A57是否通广播电视	是



請勿攀爬

