

20231198

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022336 温暖1505号

申请日期: 2022年 6月 21日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	曾艺欣	女	2015.1.8		江西	
	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		
重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心		200000		
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
	邱亚玲	女	26	母女	无业	
	曾小周	女	32	父女	快递员(4000)	

申请救助理由请填写(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)

小孩2016年确诊重型地中海贫血,现2022年在医院进行移植,现移植完每周需哥输丙球,抗感染,预计医疗费用还需20万,现爸爸在工作,收入微薄,家庭经济困难,无购买商业医疗保险,望基金会同意支持。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 邱亚玲 2022年 6月 21日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 重型地中海贫血,造血干细胞移植状态 预计还需治疗费用约20万元。 医师签名: 刘莎 2022年 6月 28日
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 壹万叁仟一佰一拾元 角 分)

负责人签名: 王宁 2022年 6月 28日

广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟一佰一拾元

负责人(签名): 姜晓

2022年 7月 13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: 曾艺欣 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 重型地中海贫血 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 13,000 元 (大写: 人民币壹万叁仟元整), 将作为曾艺欣的治疗费用。

受助人 (监护人): 邱亚玲

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279353

日 期: 2022年7月11日

广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇幼保健院
广州市增城区妇幼保健院

诊断证明书 (病假建议书)

流水号: 20220623Y00653

姓名: 曾艺欣 性别: 女 年龄: 7岁 卡号: 4401000014598140

诊断: 重型地中海贫血, 干细胞移植状态,

诊断备注:

医嘱及建议: 目前地贫移植后2月, 目前无特殊, 继续门诊随访, 按时服药, 避免感染。

病区: 新冠检测门诊(珠)

科医师: 江华

日期: 2022-06-23



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。

南丰县白舍镇际下村民委员会

証

明

兹有我白舍镇际下村东源村小组村民

曾小周，身份证号：[REDACTED] 全家人口

3人，是我村边缘易致贫户，低保户，因他女儿

曾艺欣患有地中海贫血，在广州医院治疗，现
在还需要继续做一个月四次的康复治疗。

所以医疗费用很多，家庭现无法承担费用。

情况属实。

特此证明

际下村民委员会



2022年6月22日

年 月 日

