

20263458

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023105

申请日期: 2023年2月28日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	郭雨欣	女	2007.2.27			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 40%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
急性髓系白血病		广州市儿童医院		20万		
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
	郭荣军	男	51	父女	无	
申请救助理由		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） 雨欣于2022年5月因发 ^{不断} 高烧确诊白血病。8月进行干细胞移植手术。现已花费150万，单亲家庭，经济压力较大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郭荣军 2023年2月28日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患儿为急性髓系白血病造血干细胞移植后，因移植物抗宿主病，出血性膀胱炎，确诊急性移植后抗宿主病；出血性膀胱炎；干细胞移植后；急性髓系白血病序抗排斥。MSC. 肠炎。化疗等治疗。 医师签名: 王光生 2023年2月28日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金_____元。 （大写：壹万_____仟_____佰_____拾_____元_____角_____分） 负责人签名: 王光生 2023年3月2日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助郭雨欣 (XIN壹佰计划) 负责人(签名): 马晓 2023年3月6日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

XIN 益佰计划“善缘病童救助项目”救助款收据

(阿里巴巴“公益宝贝”项目)

病童姓名: 郭雨欣 性别: 女 年龄: 16
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州妇女儿童医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为郭雨欣的治疗费用。

受助人 (监护人): 郭荣军

电 话: 1382227953

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 梁世

电 话: 1382227953

日 期: 2023年 3月8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: 郭雨欣 性别:女 年龄:15岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号:005 住院号: 20263458

诊断:1. 急性髓系白血病 (M2a, FLT3-ITD突变, AML1/ETO阳性, C-kit D816突变) 2. 造血干细胞移植状态 3. 腹泻 4. 皮肤感染 5. 急性糜烂性胃炎, 6. 出血性膀胱炎 7. 巨细胞病毒血症

医嘱及建议: 患儿2022-09-28至11-05在我院血液肿瘤科病房治疗.

医师签名:江华/屈钰华/江玉静

日期:2022-11-05 08:11:54



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。



核发单位: _____

发证日期: 2022年11月14日

户主姓名: _____

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名		性别	男
出生年月	19721230	民族	汉族
家庭人数	3	保障人数	3
居住地址	区 镇 社区(村) 详细地址:		
户籍地址	区 镇 社区(村) 详细地址:		
联系电话			
低保资金 发放账号	账户名称:		
	银行账号:		
	开户行: 中国农业银行		

共同生活 家庭成员 情况	姓名	关系	健康状况	是否为 保障人员
	郭荣军	户主	良好	是
		子女	良好	是
	郭雨欣	子女	重大疾病	是

社会救助信息			
补助情况	金额	对象	救助时间
低保金	3588.00	郭荣军	2022-12起
分类救济金	239.20		2022-12起
分类救济金	239.20	郭雨欣	2022-12起
污水补贴	7.00	郭荣军	2022-12起
污水补贴	7.00	郭雨欣	2022-12起
污水补贴	7.00		2022-12起

注: “补助情况”请填写每月发放补助类型: 分类救济金, 污水补贴, 其他按月发放补助的类型。

