

20281206

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: 2023113

申请日期: 2023年2月23日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	胡沛东	男	2018.03.07			陈省
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 50%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
急性淋巴细胞白血病		广州市妇女儿童医疗中心		40-50万		
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
	胡建生	男	34	父子	在职(3500)	
	黄思玲	女	35	母子	在家带娃	
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) 胡沛东于2022年10月6日在广州市妇女儿童医疗中心确诊急性淋巴细胞白血病, 现仍在此医院接受治疗。家里经济全部来源于孩子的父亲, 实在难以支撑后续巨大的医疗费用, 家庭困难, 请求予以救助。感谢不尽! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄思玲 2023年2月23日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断急性淋巴细胞白血病(BU00, 高危, 按CCLG-AU-2018方案化疗中, 预计费用40-50万元。 医师签名: [Signature] 2023年2月28日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: [Signature] 2023年2月28日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助(XX元/XX元计划) 负责人(签名): [Signature] 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: 胡沛东 性别: 男 年龄: 4岁11月
病种: 急性淋巴细胞白血病 L2型, B细胞型高危 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为胡沛东的治疗费用。

受助人 (监护人):

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 13822279353

日 期: 2023年3月10日

诊断证明书

姓名: 胡沛东 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 059 住院号: 20281206

诊断: 1. 急性淋巴白血病(L2, B-ALL, 高危)

医嘱及建议:

患儿2022.10.10-2022.11.16于我院血液肿瘤科住院治疗.

医师签名: /苏菲娅

日期: 2022年11月16日 12:00:29

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。



海丰县 梅陇镇 月池村民委员会

邮编：516477

证 明

兹有我属村民胡沛东，身份证号码：

 于 2022 年 10 月 6 日在广州市妇女儿童
童医疗中心确诊急性淋巴细胞白血病，现仍在此医院接受治
疗。该村民家庭经济全部来源于他的父亲，实在难以支撑后
续巨大的医疗费用，家庭困难，情况属实。

特此证明！

梅陇镇月池村民委员会

2023 年 2 月 23 日



