

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: 2023489

申请日期: 2023 年 8 月 14 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	谢明杆	男	2016. 9. 14		[REDACTED]	广西
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 35%			
	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		30万		
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
	刘华红	女	32	母子	待业. 无收入	[REDACTED]
	谢批玉	男	31	父子	断. 3000元	[REDACTED]
申请救助理由		困本人谢明杆. 男. 6岁10个月患急性淋巴细胞白血病. 需药费高达30余万元. 本家庭收入低. 本来生活就拮据. 现因病欠下大量债务. 生活陷入困境. 特向恤孤救助. 本人保证上述情况完全真实. 困境. 特向恤孤救助. 请领导批准. 申请人签名: 谢明杆 2023 年 8 月 14 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B细胞型, 低危) CCCG-200. ALL 方案化疗.					
	医师签名: 张伟娟 2023 年 8 月 14 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 2万 元. (大写: 二 万 零 零 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王彩 2023 年 8 月 25 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): 高生 2023 年 9 月 4 日						





廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 谢明杆 性别: 男 年龄: 6岁
病种: 急性淋巴细胞性白血病 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), 将作为谢明杆的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘华红

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁可

电 话: 13822279353

日 期: 2023年9月5日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 谢明杆 性别: 男 年龄: 6岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 08 住院号: 20299153
(增)

诊 断: 1. 急性淋巴细胞性白血病 (L2, B细胞型, 低危) 2. 为肿瘤化学治疗疗程

医嘱及建议: 患儿于2023. 07. 09-2023. 07. 17在我院血液肿瘤病区 (增) 住院治疗。

医师签名: 张晓红/杨健萍/杨桂萍

日 期: 2023年07月17日 10:00:08

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。



证明

兹证明 谢世玉 （身份证号码：[REDACTED]，
家庭住址： 广西[REDACTED]），
家庭为农村低保救助对象家庭。

该家庭开始享受日期为：2023年07月01日

该证明开具日期为2023年07月19日，自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	谢世玉	[REDACTED]8	07月	2023年07月01日
2	谢明杆	[REDACTED]3	07月	2023年07月01日
3	[REDACTED]	[REDACTED]	07月	2023年07月01日
4	刘华红	[REDACTED]	07月	2023年07月01日

经办人：谢金明
电话：[REDACTED]



