

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: 2023487温暖1588号

申请日期: 2023年8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
	严锦华	男	2013年3月28日			广东省
	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	
	重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心		40万	
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
	严锦华	男	35	父子	司机年薪4.8万	
申请救助理由		申请救助理由由详细填写（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） 严家兴重型地中海贫血出生三个月开始输血至今不断的输血排铁到现在排除了可以去做移植手术得到重生的机会但是国家是贫困家庭医疗保险报销也不够，但最核心的事情是严家兴医疗费用高达40万实在没办法所以申请了广东公益恤孤助学促进会救助帮助孩子走出病魔，能让这个平常人一样回到学校。 本人保证上述情况属实。 申请人签名: 严锦华 2023年8月21日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 重型β型地中海贫血 建议行造血干细胞移植术，预计费用约40万元。 医师签名: 刘荷 2023年8月24日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 壹万捌仟一佰一拾元 拾角 分) 负责人签名: 王少 2023年8月25日					
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万捌仟肆元整 负责人(签名): 高晓红 2023年8月5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: 严家兴 性别: 男 年龄: 10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 18,000 元 (大写: 人民币壹万捌仟元整), 将作为严家兴的治疗费用。

受助人 (监护人): 严锦华

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年9月5日

广州市妇女儿童医疗中心

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（病假建议书）

流水号： 20230630Y09421

姓名：严家兴 性别： 男 年龄： 10岁 卡号： 4401000019784474

诊断： 重型β型地中海贫血，

诊断备注：

医嘱及建议： 有合适供者（非亲缘），拟行造血干细胞移植术。术后予抗感染、抗移植物抗宿主病等治疗，输注静脉注射用免疫球蛋白，定期复查。预计费用约40万元。



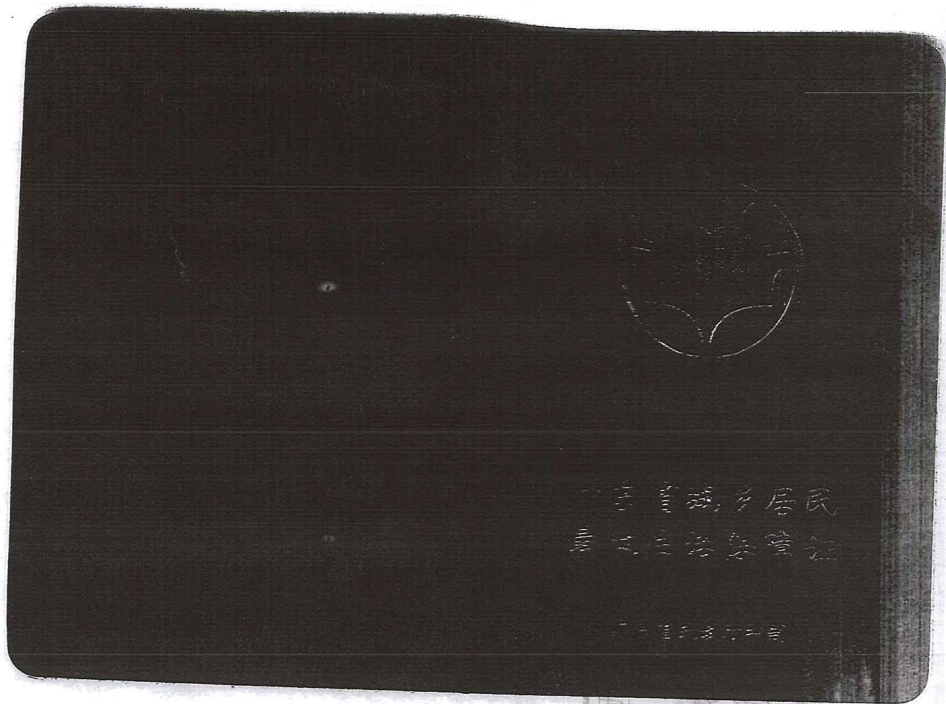
病区： 血液肿瘤病区(珠)

科医师： 刘莎

日期： 2023-06-30

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。



广东城乡最低生活保障证

户主姓名	严锦华	性别	男性
出生年月	1988-02-29	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	3人
居住 地址	[Redacted]		
户籍 地址	[Redacted]		
低保资金 发放账号	[Redacted]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	严锦华 本人		732元
	严家兴 其他		0元
	[Redacted] 其他		0元

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

