

# 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023573 信息时报 No. 2280

申请日期: 2023 年 10 月 15 日

|             |                 |                                                                  |  |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |  |
|-------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 病童资料        | 姓名              | 陈在骏                                                              |  | 性别                                                                                                                                                                           | 男                                                                                                                                                                              |  |
|             | 出生年月            | 2014.6.17                                                        |  | 身份证号码                                                                                                                                                                        | [REDACTED]                                                                                                                                                                     |  |
|             | 户籍所在地           | 广东 省 [REDACTED] 市 [REDACTED] 区/镇                                 |  |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                |  |
|             | 购买保险情况          |                                                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合<br><input type="checkbox"/> 城镇居民<br><input type="checkbox"/> 商业保险<br><input type="checkbox"/> 其他____保险<br><input type="checkbox"/> 无 | 报销比例: 60 %<br>报销比例: ____ %<br>报销比例: ____ %<br>报销比例: ____ %                                                                                                                     |  |
|             | 是否残疾            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |  | 残疾类型&级别                                                                                                                                                                      | —                                                                                                                                                                              |  |
|             | 所患疾病            | 急性淋巴细胞白血病                                                        |  | 确诊时间                                                                                                                                                                         | 2023.6.2.                                                                                                                                                                      |  |
|             | 治疗医院            | 孙逸仙中山医院(北院)                                                      |  | 预估总费用                                                                                                                                                                        | 40万                                                                                                                                                                            |  |
|             | 住院号             | 1226915                                                          |  | ID 号                                                                                                                                                                         | —                                                                                                                                                                              |  |
| 病童直系亲属资料    | 父亲姓名            | 陈胜科                                                              |  | 年龄                                                                                                                                                                           | 48                                                                                                                                                                             |  |
|             | 是否残疾/患病         | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |  | 残疾/患病类型                                                                                                                                                                      | —                                                                                                                                                                              |  |
|             | 母亲姓名            | 黄观娘                                                              |  | 年龄                                                                                                                                                                           | 43                                                                                                                                                                             |  |
|             | 是否残疾/患病         | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |  | 残疾/患病类型                                                                                                                                                                      | —                                                                                                                                                                              |  |
| 家庭成员 & 经济状况 | 抚养 18 岁以下儿童数量   | 3 名                                                              |  | 固定资产                                                                                                                                                                         | — 套房子<br>— 辆摩托<br>0 辆小车                                                                                                                                                        |  |
|             | 家庭年度收入 (不含政府补贴) | 30000 元                                                          |  | 家庭困难类型                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明<br><input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明<br><input checked="" type="checkbox"/> 低保证明、低收入 (低保边缘) 证明、孤儿或事实孤儿证明 |  |

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>申请救助理由</p>                                                                                                                                                                            | <p>(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需求等方面进行说明。)</p> <p>起初的时候在老家治疗半月有余,医院查不出什么病因,后续又持续发烧12天.后来转院到广州中山医院(北院)治疗,六月初确诊白血病.治疗到现在四个多月了.老家那里花了两万多块.来广州这边也花了十来万了.家里两个劳动力都在这边照顾小孩的饮食起居,生活来源全靠跟别人借钱度日.经济压力非常的大.现在欠人账十多万了.实在没办法.只能求助媒体.基金会的帮助.谢谢你们了!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: <u>陈胜群</u> 2023 年 10 月 15 日</p> |
| <p>调查意见</p>                                                                                                                                                                              | <p>情况属实.</p> <p>调查员人签名: <u>周其明</u> 2023 年 10 月 23 日</p>                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 <u>15,000.00</u> 元。</p> <p>(大写: <u>壹</u> 万 <u>伍</u> 仟 <u>一</u> 佰 <u>一</u> 拾 <u>一</u> 元 <u>一</u> 角 <u>一</u> 分)</p> <p>负责人签名: <u>高叶</u> 2023 年 10 月 23 日</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



# 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: | 陈在骏       | 性别:   | 男                | 年龄: | 9岁 |
| 病种:   | 急性淋巴细胞白血病 | 治疗医院: | 中山大学孙逸仙纪念医院 (北院) |     |    |

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为 陈在骏 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈胜群

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其翔

电 话: 13822279353

日 期: 2022年10月24日

## 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明书

姓名:陈在骏 性别:男 年龄:9岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:32 住院号:1226915

|                                                                          |              |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|
| 姓名: 陈在骏                                                                  | 住院号: 1226915 | 出生地: 广东省         |
| 性别: 男                                                                    | 年龄: 9岁       | 科室: 儿科一区(血液肿瘤专科) |
| 入院日期: 2023-10-09 15:46                                                   |              | 出院日期: -          |
| 目前诊断: 急性淋巴细胞白血病(B, HR, CR, 伴MEF2D::FOXJ2融合, GNB1突变, P16、JAK2、CDKN2A/2缺失) |              |                  |
| 治疗建议: 继续治疗。                                                              |              |                  |
| 记录日期: 2023-10-16 17:17                                                   |              | 医生: 洪炜聪          |

附件 10

## 广东省新增最低生活保障对象审核公示单

(工作人员填写)

你村(居)下列对象申请最低生活保障,现将有关审核情况予以公示,接受社会监督。如有异议,请尽可能提供事实依据,可直接向乡镇(街道)反映。

公示时间: 2023 年 10 月 9 日至 2023 年 10 月 15 日 (公示期为 5 日)

乡镇(街道)联系电话: 邮箱:

| 序号 | 拟保障对象姓名 | 家庭所在村(居) | 家庭人数 | 拟保障人数 | 拟保障金额(元/月) |
|----|---------|----------|------|-------|------------|
| 1  | 陈在骏     |          | 5    | 1     | 518        |
|    |         |          |      |       |            |
|    |         |          |      |       |            |
|    |         |          |      |       |            |
|    |         |          |      |       |            |
|    |         |          |      |       |            |
|    |         |          |      |       |            |

注:由乡镇(街道)在申请人所在村(居)设置的村(居)务公开栏及乡镇(街道)公共服务大厅公示,本次所有新增最低生活保障对象的信息都要公示,未成年人信息不予公开。

