

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号：2024017信息时报No.2286

申请日期：2024年1月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈恩泽		男	2010.12.13	[REDACTED]		湖南[REDACTED]	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	神经母细胞瘤		中山大学 刘逸仙纪念医院	2023年3月	30万	1217177	—	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别：
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 约50%	☐ 城镇居民 —%	☐ 商业保险 —%	☐ 其他保险 —%	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	陈年明	45	健康	[REDACTED]			
	母亲							
1、抚养18岁以下儿童 <u>1</u> 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>两万</u> 元 3、固定资产：<u>无</u> 套房子；<u>无</u> 辆摩托车；<u>无</u> 辆小车 4、家庭困难类型： ☒村居委开具困难证明；☐街镇开具困难证明； ☐困境儿童证明；☒低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明								
（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。） 我儿自2023年3月1日在湖南湘雅二院行腹部肿瘤切除术确诊神经母细胞瘤，后转院至刘逸仙纪念医院治疗至今。该病号称儿童癌王，难治易复发。家庭经济本不富裕，自从儿子生病，孩子母亲就与我离异，也不出钱，儿子的后续治疗实在无以为继，望社会爱心人士给予救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：陈年明 2024年1月10日								
调查意见 情况属实。 调查员签名：周其明 2024年1月12日								
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥15,000.00 元（大写：壹万伍仟—佰—拾—元—角—分） 负责人签名：马晓红 2024年1月15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:	曾恩泽	性别:	男	年龄:	13岁
病种:	神经母细胞瘤	治疗医院:	中山大学孙逸仙纪念医院		

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），将作为曾恩泽的治疗费用。

受助人（监护人）：曾争明

电 话：13822279353

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：周基明

电 话：13822279353

日 期：2024 年 1 月 16 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:曾恩泽 性别:男 年龄:12岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:29 住院号:1217177

姓名:曾恩泽	住院号:1217177	出生地:湖南省
性别:男	年龄:12岁	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2023-04-12 10:44		出院日期:2023-05-06
出院诊断:神经母细胞瘤(4/M期,高危组,右侧肾上腺伴多发骨、骨髓转移);化疗后粒缺伴发热;右侧肾上腺切除术后;凝血功能异常;药物性肝功能损害;电解质紊乱(低钾血症);臀部疖;高尿酸血症		
出院医嘱:详见出院记录。		
记录日期:2023-05-06 13:09		医生:黎阳 





亲民勤政 积善累德

经审核，你家庭符合居民最低生活保障有关法律法规规定，同意享受最低生活保障待遇，特发此证。



批准机关：(盖章)
年 月 日

证书编号

户主姓名 曾争明

性 别 男

身份证号

家庭住址

户籍地址

户主
照片
加盖
公章

保障家庭成员基本情况

户主及成员姓名	性别	与户主关系	身份证号码	备注
曾争明	男	户主		
曾思泽	男	子		



Shot on S1 Pro
vivo AI camera