

### 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: 2024027

申请日期: 2024年 1月 16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	张俊哲	男	2024.8.14		佛山		
	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
	B重型地中海贫血	佛山市妇幼保健院 儿童医研中心	8个月确诊	40万	202327528		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 75%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 _____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%	<input type="checkbox"/> 无		

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>2万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明	
	父亲	张海新	35	健康		
	母亲	梁冬冬	33	健康		

申请救助理由 (请详细描述):  
 刚出生8个月诊断B重型地中海贫血, 需要每个月输血排酸, 每个月输血和买铁药要 2000左右。家里有两位老人, 都年纪大, 家谱中无。家公没收入, 儿子做移植手术, 费用要40万, 双方因照顾孩子, 无法上班, 全家无收入。  
 本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 梁冬冬 2024年 1月 16日

医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 佛山市妇幼保健院, 有确诊报告, 确诊后定期排酸, 输血。 治疗费用约 30-40万元。 医师签名: 梁海新 2024年 1月 16日
	医院意见 (盖章): 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: 何靖宇 2024年 1月 17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: 马晓儿 2024年 1月 22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: 张俊盛	性别: 男	年龄: 2岁半
病种: 巨重症地中海贫血	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠)	

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), 将作为张俊盛的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁冬冬

电 话: [REDACTED]

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24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： 20230828Y09025

20327525

姓名：张俊盛 性别：男 年龄：2岁 卡号：4401000019835377

诊断： 重型β型地中海贫血，

诊断备注：

医嘱及建议： 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，输注静脉注射用人免疫球蛋白，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： 2023-08-28

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。



户主姓名	张日九		性别	男
出生年月	1964年5月21日		职业	
医保卡号			家庭人口	6
居住地址				
户籍地	市 县(市、区)		乡镇(街道) 村(居)委	
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	李兰金	配偶		
	张海新	儿子		
	梁冬冬	儿媳		
	张俊盛	孙子		
	张杰盛	孙子		

-2-

### 家庭成员照片

核发单位盖章	核发单位盖章	核发单位盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位盖章	核发单位盖章	核发单位盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

-3-



核发单位：\_\_\_\_\_ 2023-09-21

发证日期：\_\_\_\_\_ 张日九

户主姓名：\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_

低保证编号：\_\_\_\_\_

-1-

