

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：2024029温晓1617号

申请日期：2024年1月12日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李晓雯	女	2024.8.3		广西		
	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
	地中海贫血	广州妇女儿童医院	2024.10.3	300000	20331653		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 _____%	<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岁以下儿童姓名： 2、家庭年收入（不含政府补贴）20000元 3、固定资产：这套房子；1辆摩托车；0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	李健	34	良好			
	母亲	廖文凤	33	良好			
申请救助理由（请详细描述）	<p>李晓明，自幼得了地中海贫血，每月需输血去铁治疗花费4-5千，现在在广州市妇女儿童医院配型成功，现做移植手术，费用巨大，所以困难。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：李健 2024年1月12日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）	诊断：重型β型地中海贫血，行异基因造血干细胞移植术，预计费用40万（肆拾万元）					
	医师签名	2024年1月15日					
	医院意见（盖章）	建议给予医疗救助金贰万一千一百拾元（贰万一千一百拾元） 负责人签名：何新霞 2024年1月16日					
广东公益恤孤助学促进会意见：							
同意救助 ¥15,000.00 元（大写：壹万伍仟元）							
负责人签名：马世九 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: 李晓雯	性别: 女	年龄: 9
病种: 重型地中海贫血 治疗医院: 广州妇儿中心		

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), 将作为李晓雯的治疗费用。

受助人 (监护人): 李健

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电话: _____

经办人: 周其明

电话: 13822279353

日期: 2024年1月25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: 20231016Y18558

姓名: 李晓雯 性别: 女 年龄: 9岁 卡号: 4401000011429681

诊断: 重型B型地中海贫血,

诊断备注:

医嘱及建议: 有合适供者, 拟行造血干细胞移植术。术后予抗感染、抗移植抗宿主病等治疗, 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: 血液科。

科医师: 刘莎

日期: 2023-10-16

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。



证明

兹证明 李晓雯 (身份证号码: 4504810027237),

家庭住址: 广西壮族自治区

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2018年09月01日

该证明开具日期为2024年01月10日, 自开具日期起有效期
为6个月。

岑溪市糯垌镇社会事务办公室 (盖章)



2024年01月10日

