

# 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: 2024033温暖1612号

申请日期: 2024年 1 月 25 日

|             |         |                                                   |                                         |                                         |                                         |                                       |                                                                              |
|-------------|---------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料        | 姓名      | 性别                                                | 出生年月                                    | 身份证号码                                   |                                         | 户籍所在地                                 |                                                                              |
|             | 李翼恒     | 男                                                 | 2010.3.17                               |                                         |                                         | 广东省                                   |                                                                              |
|             | 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                                                                         |
|             | 急性骨髓系白血 | 南方医院                                              | 2023.8.16                               | 100 百万                                  | 1341814                                 | 004182565                             | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>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<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 checked="" 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>3</u> 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>30000</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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 | 李康秀 | 35   | 是    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|        | 母亲 | 颜妹霞 | 33   | 是    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

申请救助理由 (请详细描述)

(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。)

李翼恒是2023年8月16日,在海南三亚第三人民医院确诊是白血病,当时贫血很重,在那边住了几天ICU,就转回海口人民医院住了几天,8月25日来广州南方医院,从发病到现在,目前已经花了二十多万了,大部分的钱都是借来的,一二疗已经打完化疗了,正在第三疗,因为他有一个不好的细胞基因是高危的,细胞长不出来造血功能也慢,三四天就要输一次血,医生说要等年后要进行骨髓移植,我女儿2019年得了急性骨髓炎下半身没有知觉,把家里的积蓄也花光了,外债也欠了一些,我都是在家里照顾三个小孩的生活跟送去读书,经济来源都是靠他父亲打工挣的,还勉强够家里的开支,后面骨髓移植医生叫我们准备50万,年后要交的费用,对我们普通家庭来说真的很难,但我们不会放弃,渴求爱心人士的帮助,谢谢大家!

申请人签名: 颜妹霞

2024 年 1 月 25 日

调查意见

情况属实。

调查员签名: 李戈

2024 年 1 月 27 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟圆整 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: 李梅村

2024 年 1 月 29 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: 李翼恒 性别: 男 年龄: 13

病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 南方医院

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), 将作为李翼恒的治疗费用。

受助人 (监护人): 颜妹霞

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年1月31日



南方医科大学南方医院

疾病诊断证明书

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |    |     |    |      |    |             |         |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|----|------|----|-------------|---------|-----------|
| 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                         | 李翼恒         | 年龄 | 13岁 | 性别 | 男    | 科别 | 小儿科病房       | 就诊ID号   | 004182565 |
| 单位或住址                                                                                                                                                                                                                                                                      | 无           |    |     |    |      |    | 病案号         | 1341814 |           |
| 入院时间                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2023年11月14日 |    |     |    | 出院时间 |    | 2024年01月09日 |         |           |
| <p>主要检查结果：详见出院小结</p> <p>诊断：1. 急性髓系白血病(高危，未缓解，(FLT3、PH6、PML、STAG2))；2. 为肿瘤化学治疗疗程；3. 化疗后骨髓抑制；4. 胆囊结石；5. 感染性发热；6. 转氨酶升高。</p> <p>建议：详见出院小结</p> <div><div><div>南方医科大学南方医院</div><div>住院诊断专用章</div><div>(032)</div></div><div>(主任/副主任/主治) 医师</div><div>日期：2024年01月09日</div></div> |             |    |     |    |      |    |             |         |           |

特别说明：本疾病诊断证明书 1. 由主治医师以上职称人员审核签字，并有医院签章方为有效；2. 应陈述患者在我院就诊的客观事实，提出建议，凡涉及对患者在外院诊疗情况、间接致病（伤）的原因等进行主观评价和判断的内容均无效；3. 诊疗时限和费用以实际发生为准，医师根据同类疾病治疗经验得出的意见，仅供参考。4. 病假时间门诊急性病不超过3天，慢性病不超过7天，住院患者病假原则上不超过1个月（肿瘤及结核、骨科等疾病患者可根据病情适当延长）。



那津

核发单位：吴川市民政局

发证日期：2023/10/11

户主姓名：李康秀

身份证号码：

低保证编号：

-1-

|          |                        |      |    |     |
|----------|------------------------|------|----|-----|
| 户主姓名     | 李康秀                    | 性别   | 男  |     |
| 出生年月     | 1988年12月               | 职业   | 农民 |     |
| 医保卡号     |                        | 家庭人口 | 5  |     |
| 居住地      |                        |      |    |     |
| 户籍地      | 县(市、区)<br>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 |
|          | 颜妹霞                    | 配偶   |    |     |
|          | 李翼棚                    | 子    |    |     |
|          | 李翼恒                    | 子    |    |     |
|          | 李翼颖                    | 女    |    |     |

-2-

## 家庭成员照片

|               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| 核发单位<br>盖章    | 核发单位<br>盖章    | 核发单位<br>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<br>盖章    | 核发单位<br>盖章    | 核发单位<br>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-

