

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: 2024045温暖1619号

申请日期: 2024年 2月 3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黎声财		男	2012.3.19			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
	再生障碍性贫血		中山大学孙逸仙纪念医院	2018.9.13	30万	1241759	/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 ☐ 新农合 %	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲	黎先奎	38	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5万</u> 元		
	母亲	黄佳珍	36	健康		3、固定资产: <u>2</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>没</u> 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）		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						
因为小孩5年以来治疗用去的费用,家庭过得极其的艰难,如各位院是东借西凑都到法去更担这一笔昂贵的手术费用,为此,特向公益恤孤助学促进会领导们提出申请资助,希望能够得到批准,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黎先奎 2024年 2月 3日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1. 9/10 HLA相合无关供者外周造血干细胞移植 2. 重型再生障碍性贫血移植术后; 治疗: 目前病情需继续住院治疗, 后续治疗费用共需约35万元。 医师签名: 林伟吟 2024年 2月 19日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元（大写: <u>叁万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 林伟吟 2024年 2月 20日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>15,000.00</u> 元（大写: <u>壹万伍仟零佰零拾零元零角零分</u>） 负责人签名: 马晓 2024年 2月 19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: 黎声财 性别: 男 年龄: 11
病种: 再生障碍性贫血 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), 将作为黎声财的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎先奎

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

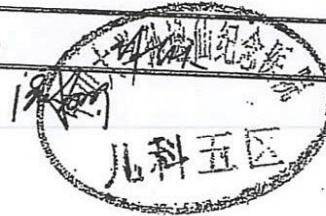
日 期: 2024年 2月 20日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:黎声财 性别:男 年龄:11岁 科室:儿科五区(过渡区) 床号:20 住院号:1241759

姓名:黎声财	住院号:1241759	出生地:广西
性别:男	年龄:11岁	科室:儿科五区(过渡区)
入院日期:2023年08月17日 15时		出院日期:2023-08-22
临床诊断:再生障碍性贫血(重型、慢性)		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期:2023-08-22 08:52		医生:



证明

兹证明黎先奎（身份证号码： ，
家庭住址：广西 ，
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为：2023年11月01日

该证明开具日期为2023年11月27日，自开具日期起有效期为6个月。

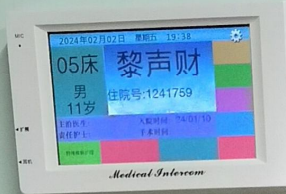
家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	黎先奎	451102197101010011	11月	2023年11月01日
2	黄佳珍	451102197101010011	11月	2023年11月01日
3	黎声伟	451102197101010011	11月	2023年11月01日
4	黎声财	451102197101010011	11月	2023年11月01日



气维修阀

栏, 并检查床栏有无卡好, 禁跨越及攀床栏



SRC

JOY

黎声财