

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: 2024051

申请日期: 2024年 1 月 23 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李锦瑶		女	2015.11.28.			酒	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2023.2.22	60万	829158	4765169	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 70 %	☐ 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	李雨健	37	健康				
	母亲	李妍清	36	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>30000.00</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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								
申请救助理由 (请详细描述): 小女李锦瑶, 2023年2月发病确诊为淋巴细胞白血病, 经过三个化疗没有得到缓解, 只能尝试贝林妥免疫治疗, 但是高昂的治疗费用早已承担不起, 同时家中还有小孩跟老人需要抚养, 为了照顾女儿住院治疗, 夫妻两也没办法工作, 无奈之下只好申请救助, 希望获得援助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李雨健 年 2024 月 1 日 23								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗 (费用): 确诊为急性淋巴细胞白血病, 化疗费用 60 万。 医师签名: 李雨健 年 2024 月 1 日 24							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: <u>叁</u> 万 <u>一</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: 李雨健 2024 年 1 月 31 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</u> 万 <u>伍</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: 李雨健 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: 李锦瑶 性别: 女 年龄: 8岁

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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 李锦瑶 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李妍清

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 黄婉婷

电 话: 13822279353

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 2 月 22 日

诊断证明书

姓名：李锦瑶

科室：小儿血液科病区

床号：27

ID号：4765169

住院号：829158

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年01月12日

出院日期：

检查结果：

诊断意见：1. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，CSF2RA-CRLF2，CRLF2，iAMP21，HR，CR）；2. 真菌性肺炎

处理意见：

住院治疗

医生签名：

林丹娜

日期：2024年01月17日

签发单位：（盖章）

证明

兹证明 李锦瑶 (身份证号码:

家庭住址: 广西)

为农村低保救助对象。

该家庭开始享受日期为: 2023年09月01日

该成员开始享受日期为: 2023年09月01日

该证明开具日期为2023年09月18日, 自开具日期起有效期
为6个月。

六堡镇人民政府 (盖章)

2023年09月18日

