

# 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: 2024095

申请日期: 2024年2月28日

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |         |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                           | 姓名                                                                               |                                             | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地   |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 李文玥                                                                              |                                             | 女                               | 2014年3月5日                       |                                 |                            | 海南省     |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 急性淋巴白血病                                                                          |                                             | 南方医科大学珠江医院                      | 2023年7月31日                      | 55万                             | 585818                     | 4882183 | <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 65% | <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                            |                            |         |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 父亲                                                                               | 李剑雄                                         | 39岁                             | 健康                              |                                 |                            |         |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 母亲                                                                               | 段娟娟                                         | 35岁                             | 健康                              |                                 |                            |         |                                                                              |
| 1、抚养 18 岁以下儿童 2 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) 10000 元<br>3、固定资产: X 套房子; 1 辆摩托车; X 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 |                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |         |                                                                              |
| 申请救助理由 (请详细描述):<br>患女李文玥, 2023年7月31日确诊急性淋巴细胞白血病(T型高危) 在南方医科大学珠江医院做了7个疗程, 缓解了, 报销用了18万元, 接下来, 还需要做4个疗程, 预计还需要15万元。<br>家里还有2个老人要赡养, 还有2个孩子上学, 我和患女母亲在家务农, 每年家里的收入只有不到2万元, 家里没车, 只有一个农村自建房, 家里本人保证上述情况完全真实。还欠债18万元实在难以承担李玥的治疗费用。<br>申请人签名: 李剑雄 年 月 日              |                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |         |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                           | 疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病(T细胞型, 高危), 后续治疗费用仍需15万元<br>医师签名: 赖均慧 2024年2月28日     |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |         |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 医院意见 (盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 黄捷 2024年2月28日    |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |         |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥20000.00 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 姜晓心 2024年3月18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: 李文玥 性别: 女 年龄: 10岁  
病种: 急性淋巴白血病(T型) 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为李文玥的治疗费用。

受助人 (监护人): 李剑雄

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 苏婕妍

电 话: [REDACTED]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年3月21日

南方医科大学珠江医院  
诊断证明书

姓名：李文玥      科室：小儿血液科病区      床号：16      ID号：4882183      住院号：858518

|                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 科别：小儿血液科病区                                                                                                                                                                                                      | 入院日期：2024年01月28日<br>出院日期：2024年02月16日 |
| <p>检查结果：</p> <p>诊断意见：</p> <p>1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病(T细胞型，NRAS，NOTCH1，中枢复发)；3. 脓毒血症；4. 化疗后骨髓抑制；5. 口腔炎(表皮葡萄球菌)；6. 低纤维蛋白原血症；7. 药物性肝损害；8. 胃肠功能紊乱</p> <p>处理意见：住院治疗。</p> <p>医生签名：杨石峰</p> <p>日期：2024年02月16日</p> |                                      |

签发单位：（盖章）



## 低收入证明

兹证明我村民 李文玥 性别 女，身份证号 370682199908150001，职业 学生，身体状况 患急性白血病；家庭状况:家庭人口 7 人，低于我市城乡低保标准 2 倍范围内，属低保收入家庭，特此证明。

此证明仅作为事实的说明，不付任何法律责任！

下红兴村村委会(盖章):

2024年2月19日

