

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: 2024097

申请日期: 2024 年 3 月 11 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	程仁昭		男	2015.11			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
	急性淋巴细胞白血病 淋巴		南方医科大学珠江医院	2023.11.30	50万	868615	4919692	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 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	程远良	31	肺胀气				
	母亲	黎望连	33	健康				
					1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 10800 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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）	本人丈夫患有支气管扩张、肺部出血，不能做重活，平时除了照顾小孩子，还要摆地摊卖水果，收入微薄。我本人在照顾生病儿子程仁昭。家里还有一个4岁的儿子在上幼儿园。现因家庭劳动力少，医疗费用大，生活困难，所以申请救助，希望得到批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黎望连 2024 年 3 月 11 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（中危，BCR-ABL1）。 后期需要化疗+靶向治疗。费用需 20 万元							
	医师签名: 赖尚芳				2024 年 3 月 8 日			
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 20000 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分）							
	负责人签名: 苗建				2024 年 3 月 13 日			
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 20,000.00 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 苗建 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: 程仁昭 性别: 男 年龄: 8岁 4个月
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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为程仁昭的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎碧莲

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 黄婉婷

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其明

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：程仁昭 科室：小儿血液科病区 床号：17 ID号：4919692 住院号：868615

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年03月07日

出院日期：

检查结果： -

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病靶向治疗；3. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，BCR-ABL1p190，IR，HR）；4. 化疗后骨髓抑制；5. 葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏；6. 三尖瓣关闭不全（轻微）

处理意见：住院治疗。

医生签名：



日期：2024年03月08日

签发单位：（盖章）

证明

兹证明 程远良（身份证号码：4504210006492）
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：2024年01月01日

该证明开具日期为2024年01月08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	程远良	4504210006492	01月	2024年01月01日
2	黎碧连	4504210006492	01月	2024年01月01日
3	程仁昭	4504210006492	01月	2024年01月01日
4	程仁栩	4504210006492	01月	2024年01月01日

沙头镇人民政府（盖章）



