

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: 2024119

申请日期: 2024年3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	
	陈		男	2020年3月	[REDACTED]		广东省肇庆市	
	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		中山大学孙逸仙医院	2023年7月19日	50万	[REDACTED]	/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	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	残疾类型和级别:
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>1</u> 名;	
	父亲	陈	31	健康	[REDACTED]		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>0</u> 元	
	母亲	黄	26	健康	[REDACTED]		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车	
申请救助理由(请详细描述)		<p>患儿不幸确诊急性淋巴细胞白血病高危型,前期治疗已花光仅有存款。家里有个老人,祖父残疾,爷爷奶奶患有慢性病,患儿父母在医院照顾病童,失去经济来源,无法工作,全靠亲朋好友借钱缓解经济情况。因患儿现需造血干细胞移植,经济情况困难,已无法支付移植费用。望支持救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陈 [REDACTED] 2024年3月23日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		急性淋巴细胞白血病 2. 造血干细胞移植术后目前仍在化疗包内。本次治疗费用约30~40万元。					
	医院意见(盖章):		<p>医师签名: 林伟岭 2024年3月25日</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ <u>30</u> 元 (大写: <u>3</u> 万 <u>一</u> 千 <u>一</u> 百 <u>一</u> 拾 <u>一</u> 元 <u>一</u> 角 <u>一</u> 分)</p> <p>负责人签名: 林伟岭 2024年3月25日</p>					
广东公益恤孤助学促进会意见:								
<p>同意救助 ¥ <u>20000</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>零</u> 千 <u>零</u> 百 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)</p> <p>负责人签名: 梁梅村 2024年4月1日</p>								



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: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 4
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: [signature]

电 话: 13822279353

日 期: 2024年4月2日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:陈 性别:男 年龄:3岁10月30天 科室:儿科五区(层流室) 床号: 住院号:

姓名:陈	住院号:	出生地:广东省云浮市罗定县(区)
性别:男	年龄:3岁10月30天	科室:儿科五区(层流室)
入院日期:2024-02-19	出院日期:在院	
出院诊断:1、急性淋巴细胞白血病造血干细胞移植术后(B, HR, CR1MRD(-), 伴P2RY8-CRLF2融合基因; IKZF1基因3-8 (IK6) 缺失; CRLF2表达量增高; JAK2、JAK1、KRAS、FLT3、PTPN11基因突变; IKZF1、CDKN2A、CDKN2B基因和PAR1区域P2RY8、IL3RA、CSF2RA基因缺失); 2、红细胞葡萄糖6磷酸脱氢酶缺乏症;		
治疗意见: 继续住院治疗。		
记录日期:2024-03-25 08:00	医生: 黄科	

