


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: 2024129

申请日期: 2024年3月15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	林		男	2014.01.05		广东省汕尾市		
	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
	糖原累积症II 心肌肥厚 蚕豆病		广州市妇女儿童医疗中心	2017.08.13	每年总费用 大约90万 需终生用药			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 60%	<input checked="" type="checkbox"/> 商业保险 50%	<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	1、抚养18岁以下儿童 1 名;		
	父亲	林	48	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万2 元		
	母亲	叶	47	良好		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)		<p>我是林 母亲叶 全家五口人, 婆婆年近多病, 大儿子大学在读, 小儿子林 于2017年8月份确诊糖原累积症II, 心肌肥厚, 蚕豆病, 需人照顾, 我无法工作, 一年需上百万的医疗费用(终生用药)。我的丈夫无稳定的工作, 只是打些零工来维持一家人的生活, 无法承担小儿子的医疗费用, 在此申请救助</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 叶 2024年3月15日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		疾病诊断: 1. 百日咳带虫 2. II型糖原累积症 3. 肥厚性心肌病 4. 蚕豆病 5. 呼吸衰竭。丙酮基酶以每年治疗费用约75万, 定期复查, 并需治疗另计。					
	医师签名:		孙俊 2024年3月21日					
	医院意见(盖章):		 <p>建议给予医疗救助金 ¥ 元(大写: 贰万伍仟元整) (拾元零角一分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2024年3月22日</p>					
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 20000 元(大写: 贰万零仟元整) (拾元零角零分)								
负责人签名: 梁梅梅 2024年4月1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: 林 [模糊] 性别: 男 年龄: 10岁
病种: II型糖原贮积症 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为林 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 叶 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): ——

电 话: ——

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 4 月 3 日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 林 [REDACTED] 性别: 男 年龄: 10岁 科别: 综合二区(内分泌) 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]
(珠)

诊断: 1. II型糖原贮积症 2. 肥厚性心肌病 3. 蚕豆病 4. 支气管肺炎

医嘱及建议: 患儿于2024-01-18至2024-01-24在我院遗传与内分泌病区住院治疗。

医师签名: 张文/黄新疆 [REDACTED]

吴小浣

/吴小浣

日期: 2024年01月24日 11:00:26



- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。

户主姓名	1975-07-28	性别	男性
出生年月		民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	4
居住地址	海城镇		
户籍地址	海城镇		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	叶	配偶	
	林	子	
	林	子	

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
			
姓名:		姓名:	

