

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: 2024165

申请日期: 2024 年 4 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许		男	2016年07月25日			清远连南县桃川镇	
	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
	重型B型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心	2017年02月	45			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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		
	父亲	许	30	健康				
	母亲	/	/	/	/			
申请救助理由（请详细描述）	许 11岁确诊重型地中海贫血，期间一直吃药和输血，花费较大。2017年父母离异，两个儿子均由父亲抚养，家庭支出较大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许 2024 年 4 月 7 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 1. 造血干细胞移植术 2. 重型地中海贫血 费用约 30-40 万元							
	医师签名: 丁波 2024 年 4 月 4 日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2024 年 4 月 9 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 高晓红 2024 年 4 月 15 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: 許 [redacted] 性别: 男 年龄: 7
病种: 重型β地中海贫血 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为许 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年4月16日

广州市妇女儿童医疗中心

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（病假建议书）

流水号：

姓名：许 性别：男 年龄：7岁 卡号：1000

诊断：重型β型地中海贫血，

诊断备注：

医嘱及建议：有合适供者（同胞），建议行造血干细胞移植术。术后予抗感染、抗移植植物抗宿主病等治疗，输注静脉注射用人免疫球蛋白，定期复查。预计费用约40万元。



病区：血液肿瘤病区(珠)

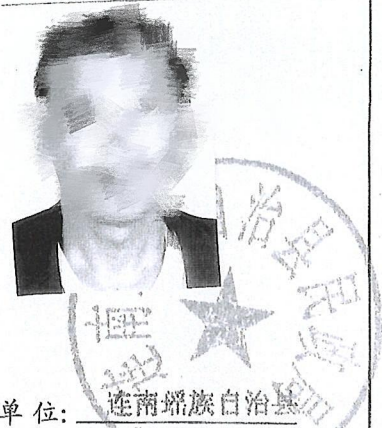
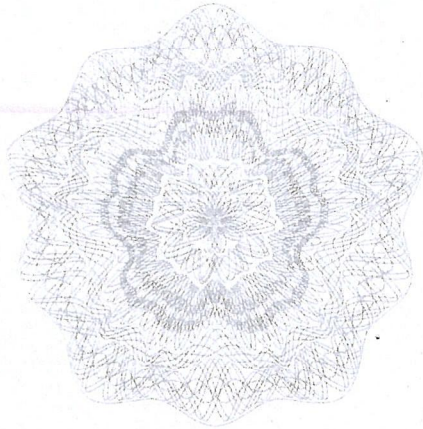
科医师：刘莎

刘莎

日期：2023-09-18

注：

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。



核发单位: 连南瑶族自治县
发证日期: 2024-04-01
户主姓名: 许
身份证号码:
低保证编号:

https://19.15.7.174:8081/sabdul/dataQuery/insuranceCard 1512/

户主姓名	许	性别	男性
出生年月	1971-09-11	民族	瑶族
社保卡 (医保卡) 号码	4	家庭 人口	2
居住 地址	广东省连南瑶族自治县大屯山		
户籍 地址	广东省清远市连南瑶族自治县		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	许	本人	1126
	许	孙儿、孙女	0
		或外孙子、 外孙女	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

