

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2024180信息时报10.2290

申请日期: 2024年4月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2012.10.15			广西梧州	
	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
	T淋巴母细胞淋巴瘤/白血病		广州医科大学附属第五医院	2023.8.25	35万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 70 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元; 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小汽车; 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)	父亲		37	9级残疾				
	母亲		35	良好				
(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。) 自2023年8月25日确诊为T淋巴母细胞淋巴瘤/白血病以来,因前期孩子没有购买新农合导致前面治疗全部自费,后面孩子病情稍稳定才叫家人去补办,因孩子生病前孩子爸爸又因干活意外被机器割断5根手指在家休养恢复,家中共有4个孩子,大女儿08年在读职高,老二是患病患儿,小女儿上小学三年级,小儿子上小学一年级。现在治疗到中期,后面还有三个疗程需近5个月治疗,情况属实 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年4月8日								
调查意见	情况属实。 调查员签名: 周其研 2024年4月20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: 2024年4月22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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 11 岁
病种: T淋巴母细胞淋巴瘤/白血病 治疗医院: 广州医科大学附属第五医院

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): 黄 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 4 月 23 日

广州医科大学附属第五医院

疾病诊断证明书

姓名:陈

性别:女

年龄:11岁

科别:儿童肿瘤病区

床号:z01

住院号:

单位: -

病历摘要:

患儿确诊“T淋巴母细胞淋巴瘤/白血病”，现化疗中，需继续住院化疗及处理相关并发症。

诊断: 1. 化疗后骨髓抑制 2. T淋巴母细胞淋巴瘤/白血病 IV期（骨髓转移） 3. 为肿瘤化学治疗疗程

处理意见:

1. 按期返院住院化疗，及处理相关并发症；
2. 儿童肿瘤门诊定期复诊；
3. 不适时儿科门诊随诊。

本证明未加盖科室公章无效

疾病
诊断专用章

医师: 主治医师:

日期: 2024-04-09

证明

兹证明 陈 (身份证号码: ,

家庭住址：广西梧州市龙圩区大坡镇（2019年12月）

为农村低保救助对象。

开始享受日期为： 2023年11月01日

该证明开具日期为2023年11月28日，自开具日期起有效期为6个月。

龙圩区大坡镇人民政府（盖章）

2023年11月28日



