

## 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: 2024182

申请日期: 2024年4月10日

|   |   |  |   |   |  |                                       |          |  |
|---|---|--|---|---|--|---------------------------------------|----------|--|
| 病童资料  | 姓名  |  | 性别                                      | 出生年月                                    | 身份证号码  |                                       | 户籍所在地    |  |
|   | 王   |  | 女                                       | 2023.7.7                                |  |                                       | 四川       |  |
|   | 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   |
|   | 肝肿瘤   |  | 中山大学附属                                  | 2024.4.2                                | 约50万元  |                                       |          | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
| 购买保险情况及报销比例   |   | <input type="checkbox"/> 新农合<br>_____% | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>_____% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>_____% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>_____%  | <input checked="" 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>2</u> 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>1224485</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                                       |          |  |
|   | 父亲  | 王                                      | 24                                      | 良                                       |  |                                       |          |  |
|   | 母亲  | 邹                                      | 25                                      | 良                                       |  |                                       |          |  |
| 申请救助理由(请详细描述)   | <p>我是邹... 写信是为了申请基金会对我孩子肝母细胞瘤的帮助。孩子在4月3日确诊并入住中山附属第一医院。医生告知她这个需要长期的治疗方案。要做6次化疗还有手术。然而由于家庭困难。他爸爸个人上班。还有个上学的哥哥。因为没买到医保。我们无法承担孩子后期的医疗费用。由此中</p> <p style="text-align: center;">本人保证上述情况完全真实。请得到帮助。</p> <p style="text-align: right;">申请人签名: 邹 王 2024年 4月 10</p> |  |   |   |  |                                       |          |  |
| 医院填写  | <p>疾病诊断及治疗(费用): 肝母细胞瘤、治疗费用约50万。 小儿外科 疾病诊断专用章</p> <p>医师签名: 符... 2024年4月11日</p> <p>医院意见(盖章): 情况属实, 请予以救助为盼。 中山大学附属第一医院 委员会</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 元 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 符... 2024年4月11日</p>   |  |   |   |  |                                       |          |  |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 高... 2024年4月22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: 王

性别: 女

年龄: 9月

病种: 母细胞瘤

治疗医院: 广州中山大学附属医院

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），将作为王 的治疗费用。

受助人（监护人）: 王

电话:

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23日

日



姓名：王

科别：小儿外科

床号：3

住院号：

### 住院患者情况说明

姓名：王

性别：女

年龄：9个月

科别：小儿外科

床号：

住院号：

目前诊断：肝母细胞瘤

入院情况及诊疗经过：患儿入院后完善检查，CT:超声造影提示：肝内病变，考虑肝母细胞瘤。右肝静脉显示不清，考虑肿物侵犯。下腔静脉受压，管腔变细，显示不清。左肝静脉、中肝静脉、门静脉血流通畅。副脾。胆囊、胆管、胰腺超声检查未见异常。2024-4-8全麻下行“超声引导下肝肿物穿刺活检+输液港植入术”。病理结果提示：形态符合肝母细胞瘤，大部分为胎儿型，局部小灶考虑为胚胎型。现予C5VD方案化疗，目前住院治疗中。特此证明。



### 持证须知

1. 本证每户一证，凭证领取城乡居民最低生活保障金。
2. 在享受城乡低保期间，可凭证按规定享受各项政府或社会的相关救助和优惠政策。
3. 城乡低保金必须按规定时限领取，超过规定期限不领，视为自动退出。
4. 享受城乡低保待遇期间，家庭收入或人员发生变化时，应按规定及时告知管理审批机关。否则，将按有关规定处理。取消低保待遇的，应将此证交回发证机发。
5. 城乡低保对象按月（季）由户主将低保证交乡镇低保中心复核填证。否则，从次月起一律取消低保待遇。
6. 城市低保对象在享受低保待遇期间，有劳动能力的必须参加社区组织的公益性劳动，每月不得少于2天。否则，按相关规定暂停或取消低保待遇。
7. 本证严禁涂改、伪造、转借、转让，如有遗失或污损，应及时向所在地乡镇（街道）申请补发、换发。

|       |   |                |
|-------|---|----------------|
| 证书编号: |   | 户主照片<br>(加盖钢印) |
| 户主姓名  | 杨   |                |
| 家庭人口  | 2人  |                |
| 开户银行  | 邮政储蓄  |                |
| 银行账号  |   |                |
| 家庭地址  | 四川省   |                |
| 审批记录  | 经审批，该家庭成员中 <b>李</b> 人自 <b>2017</b> 年 <b>10</b> 月起至 <b>0</b> 年 <b>0</b> 月止，纳入城市农村最低生活保障，按 <b>C</b> 类予以救助，月补助最低生活保障金 <b>145</b> 元。<br>宣汉县民政局（盖章）<br>2017年12月30日 |                |

