

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: 2024213

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	
	林		女	2011.8.15			广东省佛山市南海区	
	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		广东省人民医院	2024.02.02	30万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 17088 元 3、固定资产: 0 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	林		健康				
	母亲	苏		健康				
申请救助理由 (请详细描述)	因患有急性淋巴细胞白血病, 治疗费用高, 家庭均无固定职业, 经济收入低, 生活困难 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2024 年 4 月 7 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病 (T细胞型, 中危组); 治疗费用 42235 元 医师签名: 林 2024 年 4 月 7 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林 2024 年 4 月 7 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: 林 2024 年 4 月 29 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	性别:	女	年龄:	12
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广东省人民医院				

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），将作为林 的治疗费用。

受助人（监护人）: 林

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29日



疾病诊断证明书

科室: 儿童血液科 编号:
姓名: 林 性别: 女性 年龄: 12岁5月 住院号(门诊号):
入院日期: 2024-01-24 出院日期:

处理意见:

患儿因“气促、胸闷1月余。”收住院,入院后完善检查,25/1行右侧胸腔穿刺抽液术,送检完善病原体、常规、生化等检查。26/1 PET-CT: 1. 纵隔肿块、双侧胸膜及心包增厚、双肾结节、全身多发肿大淋巴结伴糖代谢不同程度增高,全身骨髓糖代谢弥漫性增高,考虑淋巴瘤以上部位浸润可能大,建议锁骨上区淋巴结活检。双侧胸腔积液,心包积液。2. 18F-FDG-PET/CT全身显像余部位未见恶性肿瘤代谢影像。3. 甲状腺良性结节。经骨髓及淋巴结活检确诊”急性淋巴细胞白血病——T细胞型“并在我院住院治疗。治疗费用约30万元,疗程约2-3年。

诊断:

1. 急性淋巴细胞白血病——T细胞型; 2. 肺炎

医嘱:

继续住院治疗。



复诊建议:

继续住院治疗。

医师:

潘建伟

日期:

2024年02月02日

注:

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效,遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明,不得作其它证明使用

是否为最低生活保障经办人员或村干部近亲属

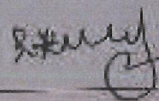
☐是 干部/职工姓名：_____ 身份证号码：_____
关系：_____
☒否

乡镇政府（街道办事处）意见

☒经审核、公示无异议：_____村（居）_____家庭_____人，拟同意纳入最低生活保障范围，人均补助金额 268.6 元/月，分月施保金额 81 元/月，共补助金额 1424 元/月。
☐经审核，因_____，拟不同意_____（居）_____家庭_____人纳入最低生活保障范围。

2024年2月25日

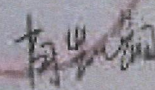
经办人
签名



民政办负
责人签名



领导
签名

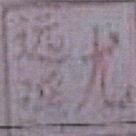


县（市、区）民政局审批意见

☒经审核，同意你乡镇（街道）对_____家庭_____人审核意见，年2024年3月起纳入最低生活保障，人均补助金额 268.6 元/月，分月施保金额 81 元/月，共补助金额 1424 元/月。
☐经审核，因_____，不同意_____村（居）_____家庭_____人纳入最低生活保障范围。

2024年2月26日

审核人
签名



负责人
签名



领导
签名



