

## 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: 2024216

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  |                                                                                  |
|                                                                              | 方                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         | 男                                  | 2016.6.17                          |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 广东省湛江市 |                                                                                  |
|                                                                              | 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                                                                             |
|                                                                              | 急性淋巴细胞白血病                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         | 广东省人民医院<br>院惠福东院                   | 2023.5.9                           | 20多万                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例                                                                  |                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合<br>50 %                                                                                                                                                         | <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 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 <u>4</u> 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>50000</u> 元<br>3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>无</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 checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |        |                                                                                  |
|                                                                              | 父亲                                                                                                       | 方                                                                                                                                                                                                       | 43                                 | 一般                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                  |
|                                                                              | 母亲                                                                                                       | 陈                                                                                                                                                                                                       | 41                                 | 良好                                 |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                  |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                |                                                                                                          | 方 不幸于2023年5月9号在广东省人民医院确诊急性淋巴细胞白血病。家有两位哥哥(在读小学)和一位弟弟(在读幼儿园),其母亲陈 常年在家照顾四兄弟没固定收入,全靠其父亲方 外出务工以维持生计,另有年迈母亲需要照顾,前期检查与治疗已花去所有筹措的资金,后续仍要 治疗费用着实难以以为继,望相关部门及社会各界爱心人士予以大力资助,本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 方 2024年4月10日 |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                  |
| 医院填写                                                                         | 疾病诊断及治疗(费用): 患以“胸骨和双下肢疼痛伴发”在我院经过骨髓等检查,确诊为急性淋巴细胞白血病(B细胞型,中危组)在我院规范化治疗,预计费用18万人民币左右。<br>医师签名: 李 2024年4月10日 |                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                  |
|                                                                              | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)<br>负责人签名: 2024年 月 日                                  |                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 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: 方 [redacted] 性别: 男 年龄: 8  
病种: 急性淋巴白血病 治疗医院: 广州广东省人民医院惠福分院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元整），将作为方 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年5月7日

# 疾病诊断证明书

处理意见:

患儿诊断“1. 为肿瘤化学治疗疗程；2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型，TEL/AML1阳性，中危组”在我院住院治疗

1. 为肿瘤化学治疗疗程; 2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型, TEL/AML1阳性, 中危组



儿童血液科随诊，监测血常规和肝功能的变化，10月10日入院10月11日行第三次的HDMTX+6-MP方案化疗治疗，联系电话：020-81884713-80311。

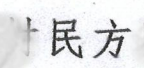
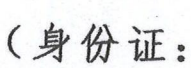
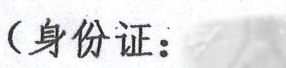
复诊建议:

李永康

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

# 湛江市霞山区海头街道新建村民委员会

## 证明

兹有我村委  村民方  (身份证: ) 不幸于 2023 年 5 月 9 号在广东省人民医院确诊急性淋巴细胞白血病。家有两位哥哥(在读小学)和一位弟弟(幼儿园在读), 其母亲陈  (身份证: ) 常年居家照料四兄弟没有固定收入, 全靠其父亲方  (身份证: ) 外出务工以维持生计, 另有年迈奶奶需要照顾。前期检查与治疗已花光所有筹措的资金, 后续仍要大量治疗费用, 着实难以为继, 因病致贫, 情况属实, 望相关部门及社会各界爱心人士予以大力资助。

特此证明!



