

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: 2024215

申请日期: 2024年 4月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谢		男	2016年7月			广东河源	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2023年12月22日	30万元			☐ 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) 50000 元 、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 谢	45	正常					
母亲 陈		44	正常					
申请救助理由(请详细描述): 我是广东河源人,自从小孩确诊急性淋巴细胞白血病后,让我们本就贫困的家庭更是雪上加霜。本来就没有多少积蓄,为了给小孩治病,我们夫妻辞掉了工作,没有了经济收入,家里还有一个哥哥读高中。现在治疗费就用了十万元左右,还有大笔的房租费,生活费。为了治好儿子的病,我们只能咬牙坚持。希望得到社会爱心人士的关注和帮助,帮我们度过难关。谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2024年 4月18日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 转ccc4-AU 2020年11月, 费用12 20万元。 医师签名: 陈惠如 2024年 4月18日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2024年 4月18日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 高凯 2024年 5月6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: 谢 性别: 男 年龄: 7
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

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), 将作为谢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

电 话:

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5月8日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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

姓名: 谢 性别: 男 年龄: 7岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号 住院号
(增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 (T细胞型, 中危) 2. 为肿瘤化学治疗疗程

医嘱及建议: 患儿2024-03-28至2024-04-01在我院小儿血液肿瘤 (增城) 住院治疗。

医师签名: 方锦佳

日期: 2024年04月01日



注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。

困难情况说明

姓名：谢，性别男，年龄7岁，身份证号： ，户籍地址：广东省

为本社区居民（本村村民）。

因患有急性白血病疾病，导致家庭生活遇到困难，情况属实。

特此说明。

金中村社区（村委会）
2023年12月25日

