

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: 2024225

申请日期: 2024年4月17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	唐		男	2015.4.28			广东省清远市	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2019年10月至今	20万			☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 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			
	父亲	唐	33	良好				
	母亲	盘	33	良好				
1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元 3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /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								
申请救助理由(请详细描述)	因我们儿子唐 于2019年10月确诊急性淋巴细胞白血病治疗至今导致家庭十分困难,我们家庭经济情况无法承担 我们儿子的后续治疗费 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 唐 2024年4月17日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 甲状腺功能亢进症; 2. Graves病 甲状腺肿大伴甲亢; 3. 甲状腺功能亢进症; 4. 癫痫; 5. 急性淋巴细胞白血病造血干细胞移植 植打 后需长期免疫治疗。需要费用10-20万元。 医师签名: 林伟吟 2024年4月17日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分)							
	负责人签名: 林伟吟 2024年4月17日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 马晓 2024年4月17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: 唐 [redacted] 性别: 男 年龄: 9
病种: 急性混合型白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为唐 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 唐 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279383

日 期: 2024年5月8日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明书

姓名:唐 性别:男 年龄:8岁 科室:儿科四区 床号 住院号:

姓名:唐	住院号	出生地:广东省清远市
性别:男	年龄:8岁	科室:儿科四区
入院日期:2024-02-27 16:09		出院日期:2024-03-14
临床诊断:1、眼阵挛-肌阵挛-共济失调综合征;2、Graves病 甲状腺功能亢进症;3、甲状腺弥漫性病变;4、癫痫;5、急性混合细胞白血病造血干细胞移植术后;6、中性粒细胞减少症;7、肝功能损害;		
治疗意见:后续治疗费用约10万至20万元,余详见出院小结。		
记录日期:2024-03-14 10:26		医生: 陈启慧



核发单位: 连南瑶族自治县

发证日期: 2020-01-23

户主姓名: 卢

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名		性别	
出生年月		民族	
社保卡 (医保卡) 号码	唐 1990-11-05	家庭人口	男性 瑶族
居住地址	5人		
户籍地址	广东省连南瑶族自治县		
低保资金 发放账号			
		收入	
家庭成员情况	唐 本人	0元	
	唐 配偶	0元	
	唐 其他	0元	
	唐 其他	0元	
	唐 其他	0元	

家庭成员照片

核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

