

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: 2024217

申请日期: 2024 年 4 月 12 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	李		男	2021.9.			广西南宁
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	急性淋巴细胞白血病		中山一院	2023.12.25	30-40万		—
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 — %	☐ 城镇居民 — %	☐ 商业保险 — %	☐ 其他保险 — %	☐ 无
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:				
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>0</u> 元 3、固定资产: <u>—</u> 套房子; <u>—</u> 辆摩托车; <u>—</u> 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	李	29	良好			
医院填写	母亲	李	21	良好			
	家庭经济困难, 夫妻二人均无收入, 孩子患白血病已经用30多万, 无力承担后期化疗费用, 特向基金会寻求帮助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2024 年 4 月 12 日						
医院意见（盖章）	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断急性淋巴细胞白血病, 现需化疗, 预计总费用20万元。 医师签名: 2024 年 4 月 12 日 医院意见（盖章）: 情况属实, 请予援助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 仟 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024 年 4 月 29 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: 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: 李[模糊] 性别: 男 年龄: 2岁7月
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为李[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 李[模糊]

电 话: [模糊]

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7日



姓名: 李

科别: 儿科二科

床号:

住院号:

出院患者疾病证明书

姓名: 李 性别: 男 年龄: 2岁 出院科别: 儿科二科

住院号:

入院日期: 2024年04月01日 出院日期: 2024年04月01日

出院诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗, 2. 急性淋巴细胞白血病, BIV(低危, 缓解期), 3. 化疗后骨髓抑制(II级), 4. 全心增大, 5. 二尖瓣关闭不全(轻度)

入院情况及诊疗经过: 入院后行相关检查, 血象达化疗条件, 04-01予eMV②化疗, 过程顺利。

医师: 张晓莉 / 伍强
2024年04月01日



证 明

兹有广西[]居民李[]
(男)身份证号码是[]因其孩子李[]
患有白血病,于2024年2月份纳入突发严重困难监测
户并享受低保待遇政策,情况属实。

特此证明



