

# 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: 2024234

申请日期: 2024年4月28日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                  |                                 |                                 |                                 |                                       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 姓名                                                                                                                             |                                                                  | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                       | 户籍所在地 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 黄                                                                                                                              |                                                                  | 女                               | 2013.1.5                        |                                 |                                       | 广东    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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                                                                                                                      |                                                                  | 广州市妇女儿童医疗中心(珠)                  | 2023.3.20<br>2024.3.20          | 30-40万                          |                                       |       |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 新农合 %                                   | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input checked="" type="checkbox"/> 无 |       |
| 是否残疾                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |                                 |                                 |                                 |                                       |       |
| 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                            |                                       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 父亲                                                                                                                             | 黄                                                                | 40                              | 良好                              |                                 |                                       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 母亲                                                                                                                             | 黄                                                                | 31                              | 良好                              |                                 |                                       |       |
| 1、抚养18岁以下儿童 <u>5</u> 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>3.5万</u> 元<br>3、固定资产: <u>1</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 checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input 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 |                                                                                                                                |                                                                  |                                 |                                 |                                 |                                       |       |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 本人家里抚养5个小孩,家里有位80多岁老人,大女儿患有急性淋巴细胞白血病,需大额医疗费用治疗,现已欠款还有8万,老婆在家照顾小孩无法工作,本人因照顾大女儿也无法工作。<br><br>本人保证上述情况完全真实<br>申请人签名: 黄 2024年4月28日 |                                                                  |                                 |                                 |                                 |                                       |       |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(中间亚型), 按CCCG-AII 2020方案治疗, 治疗费用约30-40万。<br>医师签名: 何晓海 2024年4月26日                                         |                                                                  |                                 |                                 |                                 |                                       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)<br>负责人签名: 何晓海 2024年4月29日                                            |                                                                  |                                 |                                 |                                 |                                       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 广东公益恤孤助学促进会意见:<br><br>同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)<br>负责人签名: 高咏 2024年5月13日                                  |                                                                  |                                 |                                 |                                 |                                       |       |



# 廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

## 王颂汤爱心奖救助款收据

病童姓名: 黃 性别: 女 年龄: 11  
病种: 急性特巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠)

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

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14日

# 广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：黄 性别：女 年龄：11岁 科别：血液肿瘤病区(珠) 床号： 住院号：

诊断： 1. 急性淋巴细胞性白血病(T细胞型 L2) 2. 感染性发热 3. 单纯疱疹病毒感染

医嘱及建议：患儿2024.04.22至今于我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：何映波/蔡秀/邱温俊 蔡秀

日期：2024-04-26 16:29:47

- 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。



# 证明

兹有我 [REDACTED] 号村民，黄 [REDACTED]，男，身  
份证号码：[REDACTED] 现在医院照顾住院小孩没有收入；  
黄 [REDACTED]，女，身份证号码 [REDACTED] 在家照顾小孩没有  
收入；家中年收入经济以农业为主，家中 3 人在读，女儿黄 [REDACTED] 患有  
白血病，家庭极其困难，望贵单位给予帮助。

特此证明



