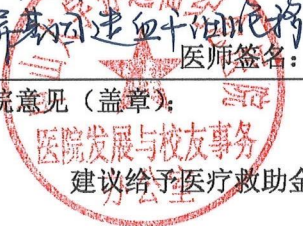


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024236

申请日期: 2024年4月27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	2018.10.30			广东省潮州市	
	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
	神经母细胞瘤		孙逸仙纪念医院	2017.1.20	50万			☐ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 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	黄	45	健康				
	母亲	周	45	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本人孩子因患病医疗费用巨大,导致生活和治疗方面的困难,望救助方支持谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年4月27日							
医院填写	患儿目前诊断为神经母细胞瘤(腹部多发淋巴结,多发骨,骨髓转移,近3倍体核型,APC, KIF1B基因变异, 11p11.2缺失CNV变异), 需要化疗, 放疗, 异基因造血干细胞移植, 免疫治疗, 预估费用需60万元。 医师签名: 胡晓西 陈东 2024年4月29日							
	医院意见(盖章): 							
	建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3 万 一 千 一 百 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2024年5月6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 五 千 元 角 分) 负责人签名: 马晓红 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: 曹... 性别: 女 年龄: 6岁
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 孙逸仙纪念医院

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), 将作为曹... 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曹...
电 话: ...
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): ...
电 话: ...
经办人: 周其训
电 话: 13822279353
日 期: 2024年5月14日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:曹 性别:女 年龄:5岁3月24天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号:

姓名:曹	住院号:	出生地:广东省广州市
性别:女	年龄:5岁3月24天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-02-23 14:54		出院日期:2024-03-18
出院诊断:1、神经母细胞瘤返院化疗(腹部多发淋巴结、多发骨、骨髓转移,近3倍体核型); 2、粒细胞缺乏伴发热;3、化疗后骨髓抑制IV度;		
出院医嘱:详见出院小结。		
记录日期:2024-03-18 10:21		医生:彭晓敏



证 明

兹有我村村民曹 (身份证号码：
)，患有神经母细胞瘤，导致家庭经济
困难。

特此证明



