

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: 2024237

申请日期: 2024年4月23日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		男	2017年10月14日			广东省
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	肾上腺腺白质营养不良		广州中山大学孙逸仙纪念医院	2023年12月	40万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60~80%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否				
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 3 名;		
	父亲 陈	42	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元		
病童家庭情况	母亲 严	37	良		3、固定资产: 0 套房子; 2 辆摩托车; 0 辆小车		
					4、家庭困难类型:		
申请救助理由(请详细描述)	☐ 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						
医院填写	需要骨髓移植,手术费用巨大,家庭无力承担,夫妻双方靠打工,经济来源有限,家庭十分困难。						
	本人保证上述情况完全真实。						
	申请人签名: 陈 2024年4月23日						
	疾病诊断及治疗(费用): 肾上腺腺白质营养不良,接受同位素全外周血干细胞移植,费用约35万元。						
医院填写	医师签名: 黄科五 2024年4月28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5月7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 仟 佰 拾 元 角 分)							
负责人签名: 高凯 2024年5月15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:	陈	性别:	男	年龄:	6岁
病种:	儿童脑型肾上腺脑白质营养不良 (脑型ABCD基因杂合子变异)				
治疗医院:	广州市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 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元整），将作为陈 治疗费用。

受助人（监护人）: 陈

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

【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: 陈 性别: 男 年龄: 6岁6月3天 科室: 儿科五区(过渡区) 床号: 住院号:

姓名: 陈	住院号:	出生地: 广东省汕尾市
性别: 男	年龄: 6岁6月3天	科室: 儿科五区(过渡区)
入院日期: 2024-04-17		出院日期: 在院
目前诊断: 儿童脑型肾上腺脑白质营养不良		
治疗意见: 住院行造血干细胞移植术。		
记录日期: 2024-04-24 10:36		医生: 科黄科

- 1、请检查医院盖章是否清晰;
- 2、在合作医院申请, 需提供合作医院开具的诊断证明;
- 3、通过媒体报道申请, 需提供现治疗的医院(必须是广州市公立医院)开具的诊断证明。



核发单位: 红海湾经济开发区

发证日期: 2024-04-16

户主姓名: 陈

身份证号码:

低保证编号:

家庭成员照片



姓名: 陈



姓名: 陈

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:

户主姓名	陈	性别	男性
出生年月	1982-03-20	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭	5
居住 地址			
户籍 地址	广东省		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈	本人	222
	严	配偶	222
	陈	子	222
	陈	子	222
	陈	子	222

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
	姓名: 严		姓名: 严

