

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: 2024238

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	
	陈东		男	2020年7月8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	是否残疾
	肾上腺腺瘤白质营养不良		广州中山大学孙逸仙纪念医院	2023年12月	40万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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		
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 <u>3</u> 名;		
	父亲	陈	42	良		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>33</u> 元		
	母亲	严	37	良		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>0</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		
申请救助理由（请详细描述）		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。						
		本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 严 2024年4月23日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 肾上腺腺瘤白质营养不良, 同时伴有外周血干红细胞减少, 目前在贵院治疗 35万元。							
	医师签名: 林伟岭 2024年4月8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: 林伟岭 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 伍仟 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:	3岁
病种:	儿童脑型肾上腺脑白质营养不良				
治疗医院:	广州市中山大学孙逸仙纪念医院				
(脑型 ABCD 基因半合子变异)					

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 的治疗费用。

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: 周基明

电 话: 138 2227 9353

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:3岁9月9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: 3岁9月9天	科室: 儿科五区(过渡区)
入院日期: 2024年04月17日 16时		出院日期: -
临床诊断: 肾上腺脑白质营养不良(脑型, ABCD1基因半合子变异), 急性上呼吸道感染		
治疗意见: 行异基因造血干细胞移植术。		
记录日期: 2024-04-24 09:40		医生: 洪炜聪

- 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

	姓名	关系	月收入
家庭 成员 情况			

家庭成员照片



姓名: 严



姓名: 陈

