

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: 2024241

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	2010.07.08			江西南昌	
	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
	急性淋巴细胞白血病B型(中危)		广州妇女儿童医疗中心	2024.2.20	30-40万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 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	陈	34	冠心病				
	母亲	梁	34	良好				
申请救助理由(请详细描述)	五年二十八开始肚子痛,立马去梧州市桂东人民医院检查发现白细胞63,连夜来广州市妇女儿童医疗中心,2月20日确诊白血病,目前三疗阶段共自费花10万元,爸爸患有冠心病,妈妈没有工作,全职照顾2岁6个月的小弟,靠姐姐在佛山打零工补贴家用,每个月只有4500,爸爸患病也没有工作,缺少劳动力,所以申请救助资金,完成治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年4月23日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B1型已耐药型, BCR-ABL 高倍基因阳性) 化疗CCCG-ALL 2020方案化疗, 治疗费用约30-40万。 医师签名: 何映辉 2024年4月25日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2024年5月6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: 苏红 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: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 9
病种: 急性淋巴白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年5月15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: 陈伟 性别:男 年龄:9岁 科别: 急诊科(门特)(珠) 床号: 住院号:

诊 断:

最后诊断

1. 急性淋巴细胞白血病
2. 化疗后骨髓抑制
3. 血小板减少

医生签名: 杨好妹

2024 年 4 月 8 日

医嘱及建议: 2024-4-06至2024-4-08我院留观治疗。

医师签名: 古怡玲/

日 期:2024-04-08 10:55:37

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

兹有我村 且村民陈 (身份证号:

由于儿子陈 (身份证号: 患急性白血病,
现在住院治疗, 医疗费用较高支出大, 导致家庭经济非常困难, 属于
我村支出型困难户。

杨村村民委员会

经办人: 莫小玲

2024 年 4 月 26 日

