

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: 2024246

申请日期: 2024年5月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2013-8-19			江西赣州市	
	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
	急性骨髓系白血病 M4		广州市妇女儿童医疗中心北门住院部	2024.1.21	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50 %	☐ 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;	
	父亲	张	37	良好			2、家庭年收入（不含政府补贴） 1万 元	
	母亲	潘	32	良好			3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车	
申请救助理由（请详细描述）		患儿张因患急性骨髓系白血病 M4 型在广州市妇女儿童医疗中心治疗, 经医护人员精心的治疗和护理, 病情得到有效缓解, 后续还要巩固化疗以及造血干细胞移植手术准备, 现在因病情反复无法工作, 家庭经济困难, 没有收入, 无力承担高昂的医疗费用, 恳请贵血孤基金给予我们救助, 谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 潘 2024年5月8日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:		急性骨髓系白血病 高危, 治疗费用约 60000.00 元					
	医师签名:		王 2024年5月8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 慈善基金审批专用章 2024年5月9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 2024年5月20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: 张 性别: 女 年龄: 11

病种: 急性白血病 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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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 23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: 张 性别: 女 年龄: 10岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 急性髓系白血病 3. 感染性发热 4. 化疗后骨髓抑制

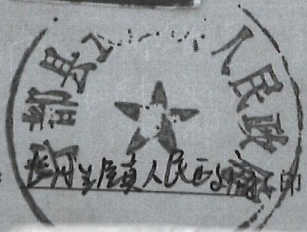
医嘱及建议: 于2024-3-14至2024-4-16在我院珠江新城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 罗园娜 / 罗园娜

日期: 2024-04-16 09:47:34



- 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。



批准机关: 新胜镇人民政府(章)

编号: [Redacted]

发证日期: 2024.5

户主姓名	潘	性别	女	出生年月	1961.5
保障人口	3	户月保障金额	1260	保障类别	☐ 常补 ☒ 非常补
身份证号	[Redacted]			户籍类别	☒ 农业 ☐ 非农业
户籍所在地	街道(乡镇)			社区(村)	
纳入保障的家庭成员情况					
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	
张	母子	男	38	患病	
张	孙女	女	11	患病	

