

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: 2024296

申请日期: 2024年 6 月 3 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	女	2017-5-9			广西	
	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
	再生障碍性贫血	中山大学 孙逸仙 纪念医院	2021-10-27	35万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 4万 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	李	40	一般	
	母亲	李	34	一般	

申请救助理由（请详细描述）

2021年4月29日该女妈妈因患上性心动过速在郑州附属医院行射频消融手术。2021年6月该女因经常生病发烧，经查为血小板低，转诊多个医院看诊。2021年10月于湖南湘雅医院行骨髓和活检确诊为再生障碍性贫血 中药和西药治疗。妈妈和该女此次生病已经花费了仅有的积蓄，2022年6月作为家里经济支柱的我又患上腰椎间盘突出无法继续工作。该女妈妈只能做临时工来维持支出和借钱给该女看病。小女的病情加重只能移植才能康复。负债累累的家庭无法承担本人保证上述情况完全真实。担这昂贵的费用。2024年 6 月 3 日

申请人签名: 李

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	重型再生障碍性贫血，异基因造血干细胞移植，费用约35万元。
	医师签名:	黄柳 2024年 6 月 4 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 一 拾 元 角 分）		
负责人签名: 林伟明		2024年 6 月 5 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰 万 伍 千 一 佰 一 拾 元 角 分）

负责人签名: 马晓

2024年 6 月 17 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: 李 性别: 女 年龄: 7
病种: 再生障碍性贫血 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

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: 13822279353

日 期: 2024年6月18日

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明书

姓名:李 性别:女 年龄:6岁11月27天 科室:儿科五区(过渡区) 床号: 住院号:

姓名: 李	住院号:	出生地: 广东省东莞市-县(区)
性别: 女	年龄: 6岁11月27天	科室: 儿科五区(过渡区)
入院日期: 2024-05-06		出院日期: 在院
出院诊断: 1、9/10HLA相合无关供者外周造血干细胞移植; 2、慢性再生障碍性贫血造血干细胞移植术后; 3、重症肺炎;		
治疗意见: 住院治疗。		
记录日期: 2024-06-04 14:36		医生: 黄科



证明

兹证明 李 (身份证号码:

家庭住址：广西容县()

为农村低保救助对象。

开始享受日期为： 2023年12月01日

该证明开具日期为2024年05月09日，自开具日期起有效期为6个月。

经办人: 罗建明



