

附件 4:

广东省第二人民医院

“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2024302

申请日期: 2024 年 2 月 1 日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	彭	女	2007年7月		广东省化州市	
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
红磷狼疮		广东省第二人民医院		5-631年		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	黄	女	48	母女	务农: 2000元/年	
	彭	男	48	父子	打工: 3000元/年	
申请救助理由		家中无低保, 父亲患有胃病不能重活, 工作不稳定, 加上四个小孩在校上学负担重重, 小孩每月需要住院医疗费很重, 特此申请资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024 年 2 月 1 日				
资助金额		建议给予医疗救助金 5000 元。 (大写: ⑤ 万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)				
医院填写		疾病诊断及治疗费用情况: 患者确诊为红磷狼疮, 配药治疗, 住院印要使用贝林尤单抗等, 印配药约 5000 元费用。 医师签名: 2024 年 2 月 1 日 社会工作科意见:  负责人签名盖章: 年 月 日 规划发展部意见:  负责人签名: 年 月 日				
广东公益恤孤助学促进会审批意见:		同意救助 伍仟元整 负责人(签名): 2024. 2. 19 年 月 日				



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“重大疾病”病患救助款收据

病人姓名:	彭慧	性别:	女	年龄:	16
病种:	红斑狼疮	治疗医院:	广东省第二人民医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为彭慧的治疗费用。

受助人（监护人）: 彭慧

电 话: [Redacted]

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28日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第

姓名	彭慧	性别	女	年龄	Y16	科别	风湿免疫科	住院号	
----	----	----	---	----	-----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作：

患者因“反复发热伴乏力1年余，加重伴咳嗽1周。”于2024-01-30在我院住院治疗。

诊断意见：

系统性红斑狼疮 狼疮性脑病 狼疮性血液系统损害 狼疮性肺炎

处理意见：

住院治疗。

广东省第二人民医院
医师：
2024-02-11

2024-02-11 01:00

三

户主
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 仪州市民政局
发证日期: 2023年8月02日
户主姓名: 黄
身份证号码:
低保证编号:

户主姓名	黄	性别	女
出生年月	1976年9月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	6
居住 地址	仪州市		
户籍 地址	同上		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	彭	配偶	
	彭	子	
	彭	女	
	彭	女	

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
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:	

