

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:

2024362

申请日期: 2024年7月4日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	果		女	2015.10.27			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
	急性淋巴细胞白血病T细胞型		广州市妇女儿童医疗中心	2024.4.25	40-60万			☐ 是 ☒ 否
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	果	37	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>24000</u> 元		
申请救助理由（请详细描述）	母亲	谢	36	健康		3、固定资产： <u>1</u> 套房子； <u>1</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		
2024年4月，我大女儿因反复发烧到当地医院去看，做了血常规检查，结果异常，建议转大医院进一步检查治疗。我们赶紧带孩子来广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区，由于没有床位，决定转来增城院区急诊科就诊。在留观等待检查时，发现女儿面色苍白、全身无力。医生建议转到儿童重症监护室（PICU）进行治疗。在PICU一呆就是10天，检查结果被诊断为急性淋巴细胞白血病，目前花费15万了。医生告诉我们费用大概50万，我们是普通家庭，负担较重。就靠爸爸在家做水电工补贴家用，家里两个孩子还要养，特向贵会申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：谢 2024年7月4日 恤孤助学会申请								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：急性淋巴细胞白血病（T细胞，中危）。治疗费用40-60万，治疗方案为ALLG-2020							
	医师签名：王明强 2024年7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7月8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：高 2024年7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: 吳	性别: 女	年龄: 8
病种: 急性淋巴细胞白血病	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城)	

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），将作为吳 的治疗费用。

受助人（监护人）: 謝

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7月16日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 吴 性别: 女 年龄: 8岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 住院号: (增)

诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 急性淋巴细胞白血病T细胞型

医嘱及建议: 患儿2024. 6. 02-2024. 6. 10我院增城院区血液肿瘤病区住院治疗, 特此证明!

医师签名: 丁文姣/陈至立

日期: 2024年06月10日 10:00:00

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。





核发单位: 和平县

发证日期: 2024-06-07

户主姓名: 吴

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	吴	性别	女性
出生年月	2015-10-26	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭	5
居住 地址	广东省河源市		
户籍 地址	广东省河源市		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	吴	本人	0
	谢	配偶	0
	吴	子	0
	吴	女	0
	吴	父母	2230

