

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: 2024383

申请日期: 2024年 6月 15日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	男	2020.5			湛江经开区	
	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
	骨髓母细胞瘤	中山大学孙逸仙纪念医院	2024.1	30万			☐ 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 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
			50 %				

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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小汽车 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	47	良好		
	母亲	梁	43	良好		

申请救助理由（请详细描述）	病童李 2023年12月下旬出现步态不稳，2024年1月2日在中山大学孙逸仙纪念医院北院检查出脑部长了肿瘤，手术切除后病理结果为骨髓母细胞瘤4级（属恶性肿瘤），于1月31日-3月25日进行放射治疗，目前正在接受第二期化疗，从病至今一直由母亲陪同治疗，治疗费用高达20余万，仅靠父亲的工资承担，后期还需要大量的资金治疗，令本就普通的家庭生活陷入困境，特向贵会申请医疗救助，帮我家庭度过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2024年 6月 15日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断“髓母细胞瘤（经治节母细胞瘤，SH型，WHO4级，M0期）”，已完成放疗，放疗费用约8万，手术费用约12万，术后化疗费用约10万，总费用约30万左右。 医师签名: 2024年 7月 16日
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 伍万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2024年 7月 16日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万伍仟零拾元零角零分）

负责人签名: 2024年 7月 22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[模糊] 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 髓母细胞瘤 治疗医院: 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为李[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 李[模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年7月23日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:李 性别:男 年龄:3岁7月17天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名:李	住院号:	出生地:广东省湛江市
性别:男	年龄:3岁7月17天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2023年12月31日 00时	出院日期:	
临床诊断:1、髓母细胞瘤术后(促纤维增生/结节型,WHO 4级,M0期);2、肺炎		
治疗意见:继续住院治疗,行放疗及化疗等综合治疗。		
记录日期:2024-01-18 18:31	医生:彭晓敏	

湛江经济技术开发区乐华街道海滨东社区居委会

地址：湛江市市辖区海滨大道中27号

电话：0759-3233227

家庭经济情况证明

兹有我[]籍居民梁[]，女，身份证号码

[]，与其丈夫李[]，身份证号码

[]婚后生育儿子李[]，身份证号码

[]该小孩于2024年1月被查出脑部长有肿瘤，后经手术切除，确诊为髓母细胞瘤，需要放疗及化疗等综合治疗。目前其母亲一直在医院陪同其治疗，靠其父亲的收入支付医疗费及生活费，治疗费用庞大，给其普通的家庭造成沉重的经济负担。

特此证明

湛江经济技术开发区乐华街道

海滨东社区居委会

2024年6月14日

