

# 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: 2024403

申请日期: 2024年6月24日

|               |                                                                                                                                                                         |                                                |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |        |                                                                              |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料          | 姓名                                                                                                                                                                      |                                                | 性别                                 | 出生年月                               | 身份证号码                              |                                                                                                                                                                              | 户籍所在地  |                                                                              |
|               | 陈                                                                                                                                                                       |                                                | 女                                  | 2012.11.3                          |                                    |                                                                                                                                                                              | 江西省南昌市 |                                                                              |
|               | 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                                                                         |
|               | T淋巴细胞白血病<br>急性髓系白血病                                                                                                                                                     |                                                | 珠江医院                               | 2024.5.15                          | 50万                                |                                                                                                                                                                              |        | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例   |                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合<br>75% | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>% | <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                      | 陈                                              | 53                                 | 良好                                 |                                    | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 35000 元<br>固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车                                                                                                                        |        |                                                                              |
|               | 母亲                                                                                                                                                                      | 余                                              | 50                                 | 良好                                 |                                    | 4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |        |                                                                              |
| 申请救助理由（请详细描述） | <p>患儿陈 2024年5月确诊混合表型白血病,属于高危,化疗后需要移植,现在第一个疗程结束了,都是借亲朋好友的钱过来住院,家里有一个残疾大哥不能自理更生,需要人照顾,孩子爸爸在外务工,妈妈在医院照顾孩子,低保家庭不能支持后续高昂治疗费</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 余 2024年6月22日</p> |                                                |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |        |                                                                              |
| 医院填写          | <p>疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断急性混合白血病（高危），需化疗后行造血干细胞移植，费用50万</p> <p>医师签名: 林子如 2024年6月23日</p>                                                                                      |                                                |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |        |                                                                              |
|               | <p>医院意见盖章: 南方医科大学珠江医院</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 三万 仟 佰 拾 元 角 分）</p> <p>负责人签名: 曾晓红 年 月 日</p>                                                                        |                                                |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |        |                                                                              |
|               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分）</p> <p>负责人签名: 曾晓红 2024年7月29日</p>                                                                        |                                                |                                    |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |        |                                                                              |



# 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: | 陈                      | 性别: | 女 | 年龄: | 12 |
| 病种:   | T淋巴母细胞淋巴瘤<br>急性淋巴细胞白血病 |     |   |     |    |
| 治疗医院: | 南方医科大学珠江医院             |     |   |     |    |

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），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）: 余

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

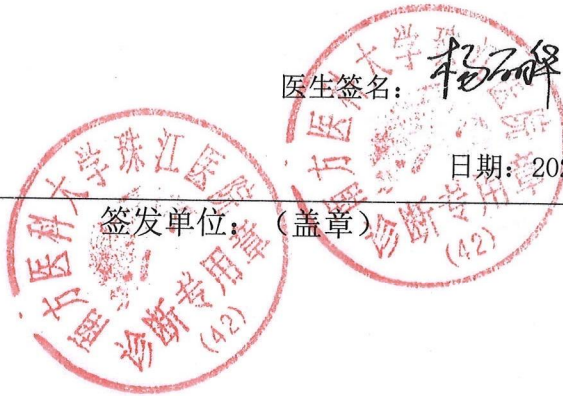
日 期: 2024年7月30日

南方医科大学珠江医院  
诊断证明书

姓名：陈 科室：小儿血液科病区 床号： ID号 住院号

|                                                                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 科别：小儿血液科病区                                                                                                | 入院日期：2024年05月13日 |
| <p>检查结果：</p> <p>诊断意见：1、T淋巴母细胞淋巴瘤（颈部）2、急性髓系白血病</p> <p>处理意见：住院化疗。</p> <p>医生签名：杨石科</p> <p>日期：2024年05月15日</p> |                  |

签发单位：（盖章）







批准机关:

编号:

发证日期: 2024年6月15日

|             |              |        |      |      |                                                                        |
|-------------|--------------|--------|------|------|------------------------------------------------------------------------|
| 户主姓名        | 陈            | 性别     | 男    | 出生年月 | 1971.10.4                                                              |
| 保障人口        | 3            | 户月保障金额 | 1800 | 保障类别 | <input type="checkbox"/> 常补<br><input checked="" type="checkbox"/> 非常补 |
| 身份证号        |              |        |      | 户籍类别 | <input checked="" type="checkbox"/> 农业<br><input type="checkbox"/> 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 |                                                                        |
| 陈           | 父子           | 男      | 26   | 残疾   |                                                                        |
| 陈           | 父女           | 女      | 12   | 患病   |                                                                        |
| 陈           | 父子           | 男      | 12   | 患病   |                                                                        |
|             |              |        |      |      |                                                                        |
|             |              |        |      |      |                                                                        |
|             |              |        |      |      |                                                                        |

