

## 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:

2024407

申请日期: 2024年6月23日

|                                                                                  |                                                                                            |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 病童资料                                                                             | 姓名                                                                                         |                                             | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                        |                              | 户籍所在地                                                                                    |  |
|                                                                                  | 赵                                                                                          |                                             | 男                               | 2018.9.25                       |                                                                                                                                                                              |                              | 广东省广州市                                                                                   |  |
|                                                                                  | 所患疾病                                                                                       |                                             | 治疗医院                            | 确诊时间                            | 预估总费用                                                                                                                                                                        | 住院号                          | ID号                                                                                      |  |
|                                                                                  | 急性淋巴细胞白血病                                                                                  |                                             | 广州市妇女儿童医疗中心增城院区                 | 2024.2.2                        | 40万元                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                          |  |
| 购买保险情况及报销比例                                                                      |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 %                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 无   | 是否残疾<br><input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br><br>残疾类型和级别: |  |
| 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                                                                                         | 赵                                           | 26                              | 良好                              |                                                                                                                                                                              | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元      |                                                                                          |  |
|                                                                                  | 母亲                                                                                         | 吴                                           | 25                              | 良好                              |                                                                                                                                                                              | 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车 |                                                                                          |  |
|                                                                                  |                                                                                            |                                             |                                 |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" 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 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)                                                                    | 因孩子赵 确诊急性淋巴细胞白血病, 治疗费用较高, 家庭收入较低, 现向基金会提出申请救助。<br><br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 赵 2024年6月23日 |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                          |  |
| 医院填写                                                                             | 疾病诊断及治疗(费用):<br>1. 急性淋巴细胞白血病(B细胞, 中危, BCR-ABL)<br>预估总费用约40万。<br>医师签名: J28 2024年6月27日       |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                          |  |
|                                                                                  | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥ 2000 (大写: 贰仟元) (角 分)<br>负责人签名: 何靖雯 2024年7月2日                      |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                          |  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br><br>同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟元) (角 分)<br>负责人签名: 马 2024年7月8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: 赵 [redacted] 性别: 男 年龄: 5  
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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），将作为赵 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 赵 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: \_\_\_\_\_

电 话: \_\_\_\_\_

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年7月30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: 赵 性别: 男 年龄: 5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 (L2, B细胞型, BCR-ABL1)

医嘱及建议: 患儿于2024. 04. 02至2024. 04. 11在我院小儿血液肿瘤病区 (增) 住院治疗。

医师签名: /刘海艳/梁莉莉

日 期: 2024年04月11日 10:59:12

- 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。



# 家庭情况说明

兹有我村村民赵[REDACTED]，男，身份证号码：  
[REDACTED] 家庭年收入约 60000 元，家庭  
人口 5 人，现因他的孩子赵[REDACTED]得了白血病治疗需要  
花费大概 300000 元，因治疗费用较高，家庭收入低，  
难以承担患儿的全部医疗费用。情况属实，特此证明。

广州市增城区中新镇五联村村民委员会

2024年03月25日



