

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: 2024410

申请日期: 2024年 6 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	
	何		女	2022.06			湖南	
	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		南方医科大学珠江医院	2024.01.02	300000			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	何	26	健康				
	母亲	郭	23	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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								
申请救助理由（请详细描述） 患儿何，2024年1月确诊急性淋巴细胞白血病（高危），在南方医科大学珠江医院做了5个疗程，缓解了。报销后用了5万元。接下来，还需要做4个疗程，预计还需要25万元。家里还有2个老人要赡养，还有一个孩子要上学，我在打工。患儿母亲在医院带患儿治疗，每年家里的收入只有不到5万元，家里没有房产，目前还欠债，为筹集后续治疗费用，已把亲戚朋友全部借遍，但仍有十来万的费用缺口，实在难以承担何的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2024年 6 月 4 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性淋巴细胞白血病 CR 细胞型，TdT+ 细胞数较多，高危缓解，化疗，见疗效，继续化疗，对症支持治疗。已付费用10万，预计还需15万。 医师签名: 2024年 06 月 05 日							
	医院意见（盖章）: 同意 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 三万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 2024年 月 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: 2024年 7 月 29 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: 何 性别: 女 年龄: 2
病种: 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), 将作为何 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何

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31日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：何 科室：小儿肿瘤科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿肿瘤科病区	入院日期：2024年05月24日
------------	------------------

检查结果：204-05-24骨髓细胞形态学：急性淋巴细胞白血病治疗后：现骨髓增生活跃，幼稚淋巴细胞占0.5%。

诊断意见：
1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型，IKZF1(chr7p12.2)拷贝数缺失，CDKN2A/B基因拷贝数缺失，高危，缓解)

处理意见：住院治疗

医生签名：兰和烈
日期：2024年05月24日
签发单位：（盖章）

证书编号: _____

经审核，你家庭符合城市居民最低生活保障有关法律法规规定，同意享受最低生活保障待遇，特发此证。

常宁市城乡社会救助服务中心（盖章）

2021年12月20日

户主姓名	何		
性别	男	保障金额	630元
身份证号			
保障类别	低保 ☒ 兜底脱贫 ☐		
户籍地址	湖南省常宁市		
居住地址	常宁市		
保障的家庭成员	姓名	性别	与户主关系
	郭	女	妻子
	郭	女	女儿
	郭	男	儿子

年保障金额领取登记表

月份	保障人口	户领取金额	备注
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

