

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: 2024450

申请日期: 2024年 7月30日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	男	2014.1.26			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	中山大学孙逸仙纪念医院	2024年5月8号	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元 3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 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
	父亲	陈	34	健康	
	母亲	李	36	健康	

尊敬的领导:

您好! 因为白血病长期治疗需要高额医疗费用, 家中有老人抚养, 小孩上学, 一家6口人, 只有一人有经济来源, 导致无法支撑高额医疗费用, 特此申请救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 陈 2024年 7月30日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	确诊急性淋巴细胞白血病(ALL), 化疗 56000元, 靶向药 5000元, 共 61000元。
	医师签名:	林伟玲 儿科一区 2024年 7月20日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 / 仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分)
	负责人签名:	林伟玲 2024年 8月7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 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分)

负责人签名: 高晓 2024年 8月21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: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

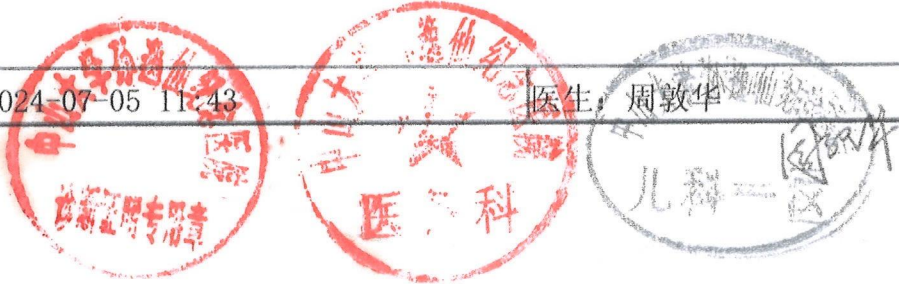
日 期: 2024年8月22日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:陈 性别:男 年龄:10岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名: 陈	住院号:	出生地: 广东省湛江市 区)
性别: 男	年龄: 10岁	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2024-06-19 15:06		出院日期: 2024-07-06
出院诊断: 急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, IR, CR, 伴ETV6/RUNX1融合); 化疗后骨髓抑制IV度		
出院医嘱: 详见出院小结		
记录日期: 2024-07-05 11:43		医生: 周敦华



遂溪县河头镇吾良村民委员会

部 明

兹有我村委会
村民陈 (男) 身份证号码: ()
()。今年5月儿子陈
患白血病在广州治疗, 造成
家庭经济无收入, 生活困难, 请
有关单位方便给予经济支持为盼。

特此证明

吾良村民委员会
2024.7.23

