

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: 2024454

申请日期: 2024年8月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2011.1			广东省化州市	
	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
	慢性粒细胞白血病, 急淋变, 中枢神经系统白血病		广东省人民医院	2024.5-2023.10	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 3 名;		
	父亲	黄	38	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元		
	母亲	陈	38	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 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)	因小孩发病确诊一直在治疗, 治疗费用巨大, 现要照顾生病小孩, 无法外出工作, 而且家中父母年老身体差, 还有两个年幼小孩需要照顾, 故家中劳动力少, 经济压力大, 故需要申请救助, 望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年8月12日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患白血病等检查, 确诊为“慢性粒细胞白血病, 急淋(PH+); 中枢神经系统白血病。正在我院化疗, 预计费用约50万人民币。 医师签名: 2024年8月12日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 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 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 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: 黃 性别: 男 年龄: 13

病种: 慢性粒细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院
急淋变, 中枢神经白血病

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), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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 8 月 22 日



疾病诊断证明书

科室：儿童血液科 编号：
姓名：黄 性别：男性 年龄：13岁3月 住院号(门诊号):
入院日期：2024-05-17 出院日期：2024-07-17

处理意见：

患儿诊断“1. 慢性粒细胞性白血病，急淋变——费城染色体阳性(Ph+)，ASXL1基因一级变异；2. α 型地中海贫血——HBH病；3. 中枢神经系统白血病；4. 颅内出血(非创伤性)；5. 化疗后骨髓抑制；6. 低纤维蛋白原血症；7. 下肢皮肤感染”在我院住院治疗。



诊断：

1. 慢性粒细胞性白血病，急淋变——费城染色体阳性(Ph+)，ASXL1基因一级变异；2. α 型地中海贫血——HBH病；3. 中枢神经系统白血病；4. 颅内出血(非创伤性)；5. 化疗后骨髓抑制；6. 低纤维蛋白原血症；7. 下肢皮肤感染

医嘱：

儿童血液科门诊随访，监测血常规的变化，1周内返院进一步CAM方案及腰穿及鞘内注射化疗治疗，联系电话：020-81884713-80311。

复诊建议：

医师：李永康

日期：2024年07月17日

- 注：
1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，遗失不补
 2. 涂改无效
 3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

化州市鉴江街道鉴东社区居民委员会

家庭情况说明

兹有我辖区居民黄[]，男，2011年1月23日出生，身份证号码：[]。目前确诊为慢性粒细胞性白血病，现异地就医于广东省人民医院，其母亲陈[]（女，身份证号码[]）目前已离职专门陪护，父亲黄[]（男，身份证号码[]）是家中唯一收入来源，家中还有两个弟弟和爷爷奶奶需要照顾。因黄[]在医院整体的开销较大，现阶段因白血病导致家庭经济负担较大，基本生活陷入困境。

以上情况属实，特此说明。

化州市鉴江街道鉴东社区居民委员会

2024年7月31日



