

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: 2024460

申请日期: 2024年 8月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	李		女	2016年8月11日			海南
	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		南方医科大学珠江医院	2023年12月23日	30万		
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 50 %	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 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		
	父亲	李	39	良好			
	母亲	劳	38	良好			
	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>0</u> 元; 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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)	由于女儿治疗费用高,由于需要在治疗期间用心照顾孩子,我们作为父母的无法在治疗期间工作,家里还有一位4岁的弟弟要抚养,难以支付高额的医疗费用以及异地就医的各种生活开销。特申请救助,望各级领导批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 劳 2024年 8月 6 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前确诊为高危急性淋巴细胞白血病,需定期随访化疗,后续可能需要进行异基因造血干细胞移植,后续费用约20万元。 医师签名: 苏晓东 2024年 8月 6 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: 曾德海 委员会 2024年 8月 9 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: 高晓红 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: 李 [redacted] 性别: 女 年龄: 8
病种: 急性淋巴白血病 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), 将作为李 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 劳 [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8月26日

诊断证明书

姓名：李 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04月19日 出院日期：2024年04月20日
检查结果： 详见出院小结。	
诊断意见： 1. 化疗后骨髓抑制 ； 2. 早前T细胞急性淋巴细胞白血病（TEL：:NCOA2，HR） ； 3. 药物性肝损害 处理意见： 住院治疗。	
医生签名： 黄碧霞	
日期：2024年04月20日	

签发单位：（盖章）



根据最低生活保障制度有关规定，经本人申请，有关政府部门审核确认，认定为最低生活保障对象，特发此证。



户主姓名	李	
性 别	女	
民 族		
出生年月	2016.8	
身份证号		
户籍所在地	海南昌乐市	
现居住地		
保障类别	城市低保 ☒ 农村低保 ☐	
补差标准	一类 ☐ 二类 ☐ 三类 ☒	
纳保时间	2024.7	

