

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：2024468

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	
	廖		女	2019.11.16			广东省肇庆市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广东省人民医院惠福分院	2024.2.20	18万			☐ 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	廖	30	健康				
	母亲	许	26	健康				
					1、抚养18岁以下儿童 3 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 5 万元 3、固定资产：0 套房子；0 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）	家庭经济紧张，赡养两位老人，三名儿童，孩子患病导致家庭经济困难，望得到基金帮助。							
医院填写	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：廖 2024年 7 月 30 日							
	疾病诊断及治疗（费用）：确诊为急性淋巴细胞白血病（B细胞型），化疗费用约20000元。							
	医师签名：李 2024年 7 月 30 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： 广东省人民医院 委员会 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 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：廖 性别：女 年龄：4
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广东省人民医院惠福分院

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），将作为廖 的治疗费用。

受助人（监护人）：廖

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28日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 廖 性别： 女性 年龄： 4岁4月 住院号(门诊号)：
入院日期： 2024-04-03 出院日期： 2024-05-01
处理意见：
确诊急性淋巴细胞白血病1月余，返院治疗。

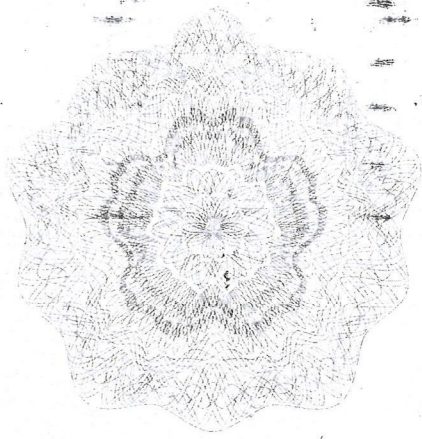
诊断：
1. 为肿瘤化学治疗疗程；2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型，NOTCH1(+) BCR-ABL(P190) + 中危组；3. 化疗后骨髓抑制；4. 急性上呼吸道感染

医嘱：
定期复治。

复诊建议：
定期复治。



医师： 潘建伟
日期： 2024年05月01日
注： 1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，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



核发单位: 鼎湖区
发证日期: 2024-07-10
户主姓名: [Redacted]
身份证号码: [Redacted]
低保证编号: [Redacted]

户主姓名	廖	性别	女性
出生年月	2019-11-16	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	[Redacted]		
居住 地址	广东省-肇庆市-		
户籍 地址	[Redacted]		
低保资金 发放账号	[Redacted]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	廖	本人	218

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

