

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: 2024483

申请日期: 2024年8月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	2019 4月18日	[模糊]		江西
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	神经母细胞瘤		广州妇儿	2023年6月20日	150万	[模糊]	[模糊]
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 ☐ 城镇居民	☐ 商业保险	☐ 其他保险	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	40%		40%				
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2万 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 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)	父亲	陈	37	良好	[模糊]		
	母亲	熊	35	良好	[模糊]		
因小女在广州妇儿儿童医院 神经母细胞瘤, 治疗费用较高, 家里共有四个小孩需要抚养, 家庭经济较困难, 已经无法承担小孩近期的治疗费用, 所以需要申请救助, 望通过, 谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 熊 年 2024 月 8 日 8							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊神经母细胞瘤(高危), 需继续治疗, 后续需化疗及放疗, 费用巨大, 约150万。 医师签名: 陈 年 2024 月 8 日 9						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元(大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 年 2024 月 8 日 15						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元(大写: 贰万 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 姜 年 2024 月 9 日 2						



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	性别: 女	年龄: 5岁
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州妇女儿童医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 熊

电 话:

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9月3日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 陈[模糊] 性别: 女 年龄: 5岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 虚2 住院号: [模糊]

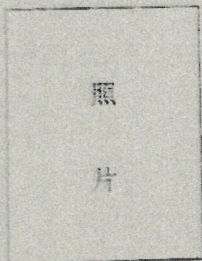
诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 神经节神经母细胞瘤

医嘱及建议: 患儿于2024-8-5至今在我院血液肿瘤病区住院治疗。

医师签名: 江华 [签名] / 梁智雅
日期: 2024年08月12日 10:00:00

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。





批准机关:

编

发证日期:

户主姓名	陈	性别	女	出生年月	1971.2
保障人口	2	户月保障金额	1380	保障类别	✓ 农村
身份证号	[Redacted]				
户籍所在地	大塘坪镇 [Redacted] 社区(村)				
续办保障的家庭成员情况					
姓名	陈如	性别	女	年龄	6
以下无					

