

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: 2024500

申请日期: 2024年08月16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	20190507			广东阳春	
	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		南方医科大学珠江医院	2024.02.16	20万			☐ 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 2 名;		
	父亲	陈	30	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 63元		
	母亲	陈	28	健康		3、固定资产: 无套房子; 壹辆摩托车; 无辆小车 家庭困难类型: ☐ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 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): 夫妻双方照顾小孩,无法工作,无收入来源,医疗费用目前已经支付了20万,已无力维持治疗,小孩目前需要做移植,急性淋巴细胞白血病T细胞型,只有做移植才有机会治愈,移植费用目前都不知道如何筹集,所以求助重症病童救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年08月16日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病(T细胞型),后期需行异基因造血干细胞移植,费用需50万元 医师签名: 赖有芳 2024年8月16日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年8月19日							
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 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年9月9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: 5岁

病种: 急性淋巴细胞白血病 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 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): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月11日

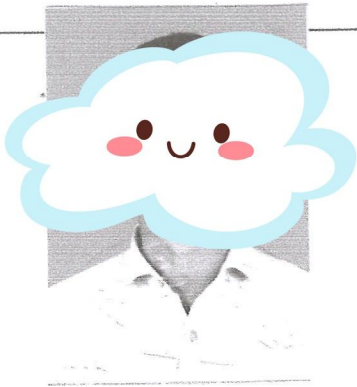
南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：陈 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06月23日 出院日期：2024年07月30日
检查结果： 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（T细胞型，IKZF1 PLUS，NRAS，NOTCH1，HR）；3. 脓毒血症；4. 肺炎支原体性肺炎；5. 化疗后骨髓抑制；6. 疱疹病毒感染；7. 肺实变；8. 药物性肝损害；9. 中枢神经系统白血病（CNS2）；10. 右侧少量胸腔积液 处理意见：住院治疗 医生签名：赖尚蓉 日期：2024年07月30日	

签发单位：（盖章）





海丰县民政局

核发单位: _____

2024-7-11

发证日期: _____

户主姓名: _____

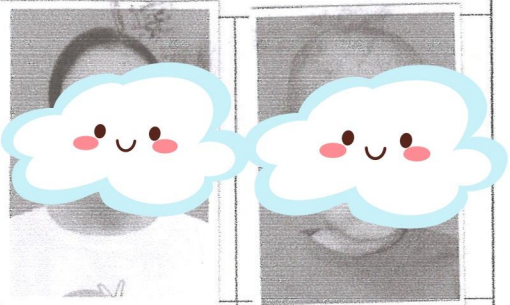
身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	陈	性别	男性
出生年月	1957-08-23	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	6
居住地址			
户籍地址			
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	黄	配偶	
	陈	子	
	陈	子	
	陈	女或外孙子、外孙女	
	苏	其他	



家庭成员照片



姓名: _____

姓名: _____

