

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: 2024516

申请日期: 2024 年 9 月 2 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	2022.5.5	[REDACTED]		广东省	
	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		珠江医院	2024.3.26	50万			☐ 是 ☐ 否
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	李	46	好				
	母亲							
					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>无</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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） 本人家庭情况如下本人无车、无房、去年孩子的母亲因心肌梗塞抢救无效死亡、今年孩子又突发急性白血病本人因照顾女儿无法工作!家里还有年迈的父亲和一个上中班的儿子要养。全家人就依靠低保那点补助来维持生活! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2024 年 9 月 2 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊为急性淋巴细胞白血病（B-ALL, M1-AF9, HR），大概需要 50万							
	医师签名: 185号 2024 年 9 月 2 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>25000</u> 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 5 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>25000.00</u> 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 23 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	性别:	女	年龄:	2
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），将作为李 治疗费用。

受助人（监护人）: 李

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9月24日

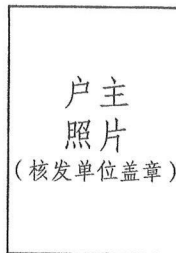
诊断证明书

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08月09日 出院日期：2024年08月26日
检查结果： 详见出院小结。 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（B细胞型，MLL-AF9，HR，CR）；3. 大肠埃希菌败血症；4. 化疗后骨髓抑制；5. 培门冬酶过敏；6. 化疗所致恶心和呕吐 处理意见： 住院治疗。 医生签名：张彦奇 日期：2024年08月26日	

签发单位：（盖章）





核发单位: _____

发证日期: 2014. 4. 1

户主姓名: 李

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	李	性别	男	
出生年月	1979. 9. 26	职业	无	
医保卡号		家庭人口	4	
居住地址				
户籍地	市 县(市、区) 镇(街道) 村(居)委			
低保资金 发放账号				
家庭 成员 情况	姓名	关系	职业	月收入
	李	子	无	/
	李	女	/	/
	李	孙	无	/

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)	核发单位 盖章 注明: (此处 贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:
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)	核发单位 盖章 注明: (此处 贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:

