

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: 2024525

申请日期: 2024年9月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	岑		男	2020年10月31日			广东省恩	
	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年2月21号	550000			☐ 是 ☒ 否
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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 48000 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		
	父亲	岑	27	健康				
	母亲	张	28	健康				
申请救助理由(请详细描述)	家庭人口四人, 哥哥岑 患有急性淋巴细胞白血病, 弟弟年幼(喝奶) 爸爸是伐木工收入不稳定(受天气影响), 妈妈陪护 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 岑 2024年 9月 3日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病(高危型), 后续治疗费用需30万元 医师签名: 赖为基 2024年 9月 3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: 赖为基 2024年 9月 5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: 高小 2024年 09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: 岑 [redacted] 性别: 男 年龄: 4
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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为岑 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [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28日

诊断证明书

姓名：岑 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07月22日

出院日期：2024年08月08日

检查结果：

诊断意见：

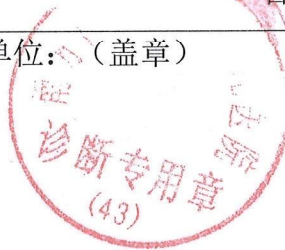
1. 急性淋巴细胞白血病化疗治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，NRAS，HR，CR）；3. 脓毒血症；
4. 呼吸道合胞体病毒肺炎；5. 肺实变；6. 化疗后骨髓抑制；7. 不完全性右束支传导阻滞

处理意见：住院治疗。

医生签名：赖育蓉

日期：2024年08月08日

签发单位：（盖章）



证明

兹有我村委会 [REDACTED] 岑 [REDACTED]，男，2020 年 10 月 31 日出生，身份证号码：[REDACTED] 家庭人口四口人，本人患有急性淋巴细胞白血病，父母在家务农，弟弟年幼无劳。家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。



