

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: 2024604

申请日期: 2024 年 10 月 12 日

病童资料	姓名		性别	出生年月		身份证号码		户籍所在地	
	侯		女	2019.1.30				广东. 江门.	
	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		孙逸仙纪念医院	2024.4.26	250k			☐ 是 ☒ 否	
	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	残疾类型和级别:	
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	侯	47	是		2、家庭年收入（不含政府补贴） 2 元 57			
	母亲	侯	46	是		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车			
申请救助理由（请详细描述）	4、家庭困难类型:								
	☐ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明;								
医院填写	☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明								
	如: 邹珍白血病至今把家里钱都花完了, 家里还有 3 个小孩需要抚养								
	家庭困难, 故想申请基金救助.								
	本人保证上述情况完全真实.								
	申请人签名: 侯 2024 年 10 月 12 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 急性淋巴细胞白血病; 按 SCCG-ALL-2023 方案化疗.								
	治疗费用: 250k								
	医师签名: 林伟吟 2024 年 10 月 12 日								
	医院意见（盖章）:								
	建议给予医疗救助金 ¥ 376 元（大写: 3 万 1 千 1 百 6 拾 元 角 6 分）								
负责人签名: 林伟吟 2024 年 10 月 18 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 零 壹 千 元 角 0 分）									
负责人签名: 高晓红 2024 年 11 月 4 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:	侯	性别:	女	年龄:	5
病种:	急性淋巴白血病	治疗医院:	孙逸仙纪念医院		

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），将作为侯的治疗费用。

受助人（监护人）: 伍

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11月5日

中山大学 孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:侯 性别:女 年龄:5岁2月27天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:13A 住院号:

姓名:侯	住院号:	出生地:广东省江门市台山县(区)
性别:女	年龄:5岁2月27天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-04-26 15:10		出院日期:2024-05-16
出院诊断:急性淋巴细胞白血病(B)		
出院医嘱:详见出院记录。		
记录日期:2024-05-16 12:38		医生:周敦华

证明

兹我辖区老侯村[REDACTED]村民侯[REDACTED]，男，1977年6月29日出生，身份证号码：[REDACTED] 去年11月女儿侯[REDACTED]（女，2019年1月30日出生，身份证号码：[REDACTED]）患白血病在广州治疗，造成家庭经济无收入，生活困难，请有关单位方便给予经济支持为盼。

特此证明

台山市深井镇那中村委会

2024年10月9日



