

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: 2024610

申请日期: 2024年11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	
	张		男	2012.7.24			广州市	
	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		广州医科大学附属第一医院	2024.9.25	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 55%	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 25000 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	张	42	健康				
	母亲	覃	42	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本人家庭困难,本人患病(白血病),至今仍在治疗过程中,母亲打零散工,经济收入低微,父亲照顾小孩暂时没有经济收入。家有两位老人欠赡养,家有两位姐姐上学,家境一贫如洗,特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2024年 11 月 3 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患白血病,确诊急性淋巴细胞白血病,化疗完全缓解。 目前行化疗。总治疗疗程需约2.5至3年,总医疗费用需约50万元(人民币)。							
	医师签名: 袁泽群 2024年 11 月 3 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹 万 零 仟 佰 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年 11 月 3 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛公鉴) 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 伍 仟 一 佰 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年 11 月 11 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

(易娱公益项目)

病童姓名: 张	性别: 男	年龄: 12
病种: 白血病	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院	

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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: 2014年11月12日



疾病诊断证明书

姓名: 张

性别: 男

年龄: 12 岁

住院号

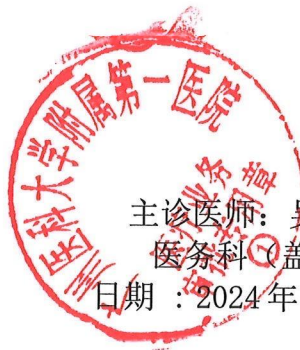
经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为:

诊断: *1. 急性淋巴细胞白血病 (T系)

2. 为肿瘤化学治疗疗程

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 吴泽霖*

医务科 (盖章)

日期: 2024年11月2日

证明

兹证明 张 (身份证号码: ,
家庭住址: 广西桂平市),
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年10月01日

该证明开具日期为2024年10月10日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	张		10月	2024年10月01日
2	覃		10月	2024年10月01日
3	张		10月	2024年10月01日
4	张		10月	2024年10月01日
5	张		10月	2024年10月01日



