

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: 2024639

申请日期: 2024年11月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谢林		男	2016.10.28			广东	
	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
	横纹肌肉瘤		中山大学 肿瘤医院	2020.6	350000			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 _____%	☐ 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			
	父亲	谢林	40	良好				
	母亲	郑	37	良好				
1、抚养18岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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): 病童:谢林 由于经过多年医治,家庭已经属于负债状况,经医生诊断,后续需要移植,家庭收入微薄,亲朋好友都已借遍,实在负担不起余下医疗费用,特向贵会申请医疗费赞助,望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郑 2024年11月10日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“横纹肌肉瘤”,后续拟行造血干细胞移植,治疗总费用预计至少40-50万元。 医师签名: 秦以科 2024年11月11日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3</u> 万 <u>0</u> 仟 <u>0</u> 佰 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 林伟吟 2024年11月11日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: <u>叁</u> 万 <u>0</u> 仟 <u>0</u> 佰 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 马 2024年11月18日							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名:	謝	性別:	男	年齡:	8 岁
病种:	橫紋肌肉瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为谢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 謝

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20日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:谢 性别:男 年龄:7岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号:

姓名: 谢	住院号:	出生地: 广东省汕尾市陆 (区)
性别: 男	年龄: 7岁	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2024年10月03日 15时		出院日期: 2024-10-21
临床诊断: 横纹肌肉瘤返院化疗(复发(右肺下叶前基底段) 伴BCOR、KRAS、PALB2(胚系)、ABL1、SMARCD1、CDKN1B突变, 超二倍体核型); 菌血症(人葡萄球菌); 上呼吸道感染; 消化道感染(斑点气单胞菌); 左侧睾丸横纹肌肉瘤切除术后; 肺切除术后(右侧肺段切除术后)		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2024-10-21 15:29		医生: 詹丽萍/王智轩



核发单位: 陆丰市民政局
发证日期: 2021.4.14
户主姓名: 许
身份证号码: [REDACTED]
领取证编码: 158000

• 1 •

户主姓名	<u>许</u>	性别	<u>男</u>	职业	<u>农</u>
出生年月	<u>1984.5</u>	健康状况	<u>一般</u>	月收入	<u>935</u>
现住址					
户籍所属	区 街道 村委				
原工作单位					
离职时间		家庭人口	<u>5</u>	家庭月收入	<u>935</u>
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入	备注
	<u>许</u>	<u>户主</u>			
	<u>许</u>	<u>子</u>			
	<u>许</u>	<u>女</u>			
	<u>许</u>	<u>父</u>			

• 2 •

家庭类别	<u>2</u>	当地低保标准	<u>532</u>
核定户月救助 <u>175</u> 元, 从 <u>2021</u> 年 <u>4</u> 月至 <u>2021</u> 年 <u>9</u> 月			
复审机关(盖章)			
领 取 低 保 金 登 记			
年 月 日	金额(元)	本人签章	经办人
合 计			

• 3 •

