

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: 2024648

申请日期: 2024年11月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	孔		男	2008.10.			广东省肇庆市	
	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
	再生障碍性贫血		中山大学附属第一医院	2019.4.25.	30-40w			☐ 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	孔	46	健康				
	母亲	刘	44	健康				
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>1</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): 因为小孩这几年治疗用去的费用, 家庭过得极其艰难, 入不敷出. 2023年10月31号做了移植, 这一年来一直在抗排异, 如今因感染病毒住院治疗, 费用是东借西凑无法承担, 为此特向公益恤孤助学领导提出求助, 希望能够得到批准为盼! 谢谢!! 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 刘 2024年11月18日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 再生障碍性贫血造血干细胞移植后; 继发植入功能不良; 重症感染. 预计费用总计30-40万元. 医师签名: 林伟吟 2024年11月18日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3万</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18日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: <u>贰</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: 高 2024年11月25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: 孔 [redacted] 性别: 男 年龄: 16
病种: 先天性障碍性贫血 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为孔 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [redacted]

电 话: [redacted]

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26日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:孔 性别:男 年龄:16岁 科室:儿科五区(过渡区) 床号: 住院号:

姓名: 孔	住院号:	出生地: 广东省肇庆市 (区)
性别: 男	年龄: 16岁	科室: 儿科五区(过渡区)
入院日期: 2024年11月08日 16时		出院日期: 2024-11-17
临床诊断: 1、继发性植入功能不良; 2、输血依赖型再生障碍性贫血造血干细胞移植术后(无关供者不全相合外周血干细胞)		
治疗意见: 继续住院治疗		
记录日期: 2024-11-17 11:05		医生: 郭叶



证明

兹有我村委会 小组，姓名：孔 ，男，身份证号码： ，因患重型再生障性贫血多年，每月高额的治疗费，导致其家庭经济生活十分困难，情况属实，望贵单位给予困难帮助为盼！

特此证明

桥头镇新兴村民委员会

证明人：孔

联系电话：

2024 年 11 月 18 日

