

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: 2024660

申请日期: 2024年 11月 9日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2020.9.30			广东省	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.10.14	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>15</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>45000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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		
	父亲	张	34	是				
	母亲	钟	34	是				
申请救助理由(请详细描述)	小孩不幸确诊为急性白血病,不立即进行化疗,生命可能只能维持三個月,现因家庭经济困难,家中仅依靠小孩父亲一人打工维持生计,月收入大约四千元,没有任何积蓄,母亲在医院照顾小孩没有收入,初期化疗费用将近30万元左右,后续的治疗费用高昂,难以承受。特向贵单位申请救助,在此谢谢你们的爱。你们的救助将给我们带 本人保证上述情况完全真实。来一份希望。谢谢! 申请人签名: 钟 2024年 11月 9日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(CB, IIR, 伴ETV6-RUNX1融合, KRAS突变, P16, SETD2, ETV6缺失, chr6q, chr9p部分缺失) 住院治疗, 约花费30万元。 医师签名: 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</u> 万 <u> </u> 仟 <u> </u> 佰 <u> </u> 拾 <u> </u> 元 <u> </u> 角 <u> </u> 分) 负责人签名: 林伟吟 2024年 11月 22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> </u> 仟 <u> </u> 佰 <u> </u> 拾 <u> </u> 元 <u> </u> 角 <u> </u> 分) 负责人签名: 2024年 12月 2日								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王颂汤爱心奖救助款收据

病童姓名: 张 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钟

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: 2024年12月3日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:张 性别:女 年龄:4岁14天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名: 张	住院号:	出生地: 广东省河源市 (区)
性别: 女	年龄: 4岁14天	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2024-10-14 14:41		出院日期: 2024-11-02
出院诊断: 急性淋巴细胞白血病(B, 伴ETV6::RUNX1, KRAS(p. F156L)突变); 化疗后骨髓抑制IV度; 药物性肝损害; 维生素D缺乏		
出院医嘱: 详见出院小结。		
记录日期: 2024-11-02 09:33		医生: 刘嘉棋 刘嘉棋



同印件

紫金县黄塘镇车前村村民委员会

证明

兹有我村村民张[]，女，2020年9月30日出生，身份证号码：[] 住河源市紫金县[]小组，患急性B淋巴细胞白血病，现就医中山大学孙逸仙纪念医院，张[]的家庭人口6人。

其父亲张[]，身份证号码：[] 自由职业，收入4500元。

其母亲钟[]，身份证号码：[] 无业，在家照顾老人小孩。

其爷爷奶奶，年老在家，无劳动能力。

其哥哥，在读小学。

其家庭主要收入靠张[]在外打零工维持，其家庭劳力少，家庭经济特别困难。

特此证明



河源市紫金县黄塘镇车前村委会
2024年11月1日

