

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2024664 温暖1633号

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	
	蔡		女	2012.11.30			广东省湛江	
	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
	恶性横纹肌		中山附属	5月22日	50左右			☐ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报		☐ 新农合	☐ 城镇居民	☐ 商业保险	☐ 其他保险	☐ 无	残疾类型和
	销比例		%	%	%	%		级别:
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	蔡	44	正常				
	母亲	邓	43	正常				
					1、抚养 18 岁以下儿童 <u>4</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>0</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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）	（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。） 尊敬的名位领导: 你们好!我是申请救助患者的父亲,我向公益恤孤助学促进会申请医药费的救助。希望能得到你们的帮助!我们来自农村一个穷苦家庭,我家有四个儿女,还有两位行动不便的老人,老婆在家照顾两个孩子,一家的压力压得我透不过气,更不幸的是二女儿蔡却在2024年5月22日确诊(横纹肌肉瘤)需要18个化疗、手术、放疗,大概费用需要50左右,前期治疗已负债累累,我们真的难以负担巨额的医疗费用,特向公益恤孤助学促进会求助,请求你们给予援助,帮帮我们度过难关,在此深表感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2024年11月18日 蔡 家属							
调查意见	情况属实。 调查员签名: 周其明 2024年11月28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 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 高 2024年12月2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: 蔡 [模糊] 性别: 女 年龄: 11
病种: 横纹肌肉瘤 治疗医院: 中山大学附属肿瘤医院

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), 将作为蔡 [模糊] 的治疗费用。

受助人(监护人): 蔡 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年12月3日



中山大学附属肿瘤医院疾病证明

姓名: 蔡 [REDACTED]

性别: 女 年龄: 11 岁 籍贯: 广东

入院日期: 2024-11-06 11:29

出院日期: 2024-11-08

住院号: [REDACTED]

入院诊断: 左前臂 腺泡状 横纹肌 肉瘤 IV 期, 高危, 伴全身多处转移

出院诊断: 左前臂 腺泡状 横纹肌 肉瘤 IV 期, 高危, 伴全身多处转移

治疗意见:

1. 2024 年 11 月 27 日按期返院行下程化疗。

2. 每周复查血常规 2-3 次, 如果白细胞 $<3.0 \times 10^9/L$, 升白细胞治疗; 如果血小板 $<50.0 \times 10^9/L$, 升血小板治疗; 如果血小板 $<20.0 \times 10^9/L$, 返院输血小板。

3. 不适随诊。

医生签名:

孙斐斐
儿童肿瘤科

签名时间: 2024 年 11 月 8 日

家庭情况说明

兹有患儿 蔡，患 横纹恶性肌肉瘤，性别：女，年龄：11，
是 广东 省(区，市) 湛江 市(州) 县(区) 乡
镇(街道) 村民小组(居委会)，(父亲：蔡 母亲：邓)
村民(居民)的儿子/女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部
医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：蔡 身份证：

患儿母亲：邓 身份证：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2020 年 8 月 22 日



