

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: 2024670

申请日期: 2024年10月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2009年2月			广东省揭阳市	
	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		广东省人民医院	2024年9月27日	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 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 5 名;		
	父亲	陈	45	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元		
	母亲	林	46	良好		3、固定资产: 1套房子; 0辆摩托车; 1辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		本人因工作收入不稳定,经济比较困难,加上女儿患上急性淋巴细胞白血病,且治疗费用比较大,时间跨度比较长,所以要放弃工作照顾她,导致治疗期间没有收入来源,因此申请救助金度过困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年10月28日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病,中危。治疗方案约25万元左右。 医师签名: 林 2024年11月12日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2024年 月 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: 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: 陈[模糊] 性别: 女 年龄: 15
病种: 急性淋巴白血病 治疗医院: 广东省人民医院

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), 将作为陈[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈[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5日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 陈 性别： 女性 年龄： 15岁 住院号(门诊号)：
入院日期： 2024-09-27 出院日期： 2024-11-04
处理意见：
患者因“头晕10天”入院，确诊急性淋巴细胞白血病，行VDLDex诱导缓解化疗。

诊断：
1. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型；2. 化疗后骨髓抑制；3. 低纤维蛋白原血症；4. 急性上呼吸道感染；5. 口腔感染——鹅口疮

医嘱：
定期返院化疗。



复诊建议：

医师： 潘建伟
日期： 2024年11月04日
注：
1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

揭阳市榕城区地都镇土尾村民委员会

证明

兹有我村村民陈[REDACTED]男，身
份证号码：[REDACTED]，其女儿
陈[REDACTED]，女，身份证号码：[REDACTED]，
患白血病在广州医院住院治疗，因此费用
巨大，而该病群由于没有固定工作，经济收入
低，家庭经济特别困难，情况属实。

特此证明

地都镇土尾村民委员会
2024年10月27日

