

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: 2024689

申请日期: 2024年 11月 20日

|                                                     |                                                                                                                                                                              |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                | 姓名                                                                                                                                                                           |    | 性别                                          | 出生年月                          | 身份证号码                         |                               | 户籍所在地                      |                                                                              |
|                                                     | 蔡                                                                                                                                                                            |    | 男                                           | 2018.11.29                    |                               |                               | 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                                                                                                                                                                    |    | 南方医科大学珠江医院                                  | 2024.6.27                     | 40万                           |                               |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 病童家庭情况                                              | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                  |    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 60% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 | <input type="checkbox"/> 商业保险 | <input type="checkbox"/> 其他保险 | <input type="checkbox"/> 无 |                                                                              |
|                                                     | 姓名                                                                                                                                                                           | 年龄 | 健康情况                                        | 联系电话                          | 1、抚养18岁以下儿童 1 名;              |                               |                            |                                                                              |
|                                                     | 父亲 蔡                                                                                                                                                                         | 男  | 正常                                          |                               | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元       |                               |                            |                                                                              |
|                                                     | 母亲 未领证                                                                                                                                                                       |    |                                             |                               | 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车  |                               |                            |                                                                              |
| 申请救助理由(请详细描述)                                       | 4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                     | 2024年6月确诊蔡 急性淋巴细胞白血病, 花光了所有积蓄, 向亲戚朋友借了2万左右, 奶奶(张)是残疾人腿脚不方便, 在医院照顾他, 奶奶在医院长期陪护, 无经济收入, 现在全家依靠小孩爸爸(蔡)一人工作上班, 收入4000元左右, 之前每月要给奶奶长辈生活费1千左右, 生病的话还要额外给一些!                        |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                     | 本人保证上述情况完全真实                                                                                                                                                                 |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                     | 申请人签名: 蔡 2024年 11月 20日                                                                                                                                                       |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
| 医院填写                                                | 疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性淋巴细胞白血病, 需定期返院化疗及复查, 后续费用约20万。                                                                                                                            |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                     | 医师签名: 蔡 2024年 11月 26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 12月 3日                                 |                                                                                                                                                                              |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:                                      |                                                                                                                                                                              |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
| 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) |                                                                                                                                                                              |    |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
| 负责人签名: 2024年 12月 16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: 葉 [redacted]             | 性别: 男 | 年龄: 6 |
| 病种: 急性淋巴白血病. 治疗医院: 南方医科大学珠江医院. |       |       |

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为葉 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 葉 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279383

日 期: 2024年12月17日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：龚

科室：小儿血液科病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年11月19日

出院日期：2024年11月23日

检查结果：

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化疗后；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，KRAS，IR，CR）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 转氨酶升高；5. 血淀粉酶增高

处理意见：住院治疗

医生签名：

日期：2024年11月22日

签发单位：（盖章）



## 证明

兹证明 龚 (身份证号码: ),  
家庭住址: 广西 ),  
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年10月01日

该证明开具日期为2024年11月18日, 自开具日期起有效期  
为 1 个月。

### 家庭成员列表

| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 享受月份 | 开始享受时间      |
|----|----|------|------|-------------|
| 1  | 龚  |      | 11月  | 2024年10月01日 |
| 2  | 张  |      | 11月  | 2024年10月01日 |
| 3  | 龚  |      | 11月  | 2024年10月01日 |





