

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:

2024692

申请日期: 2024年 11月 29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	2011.03.12			广东	
	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
	急性髓系白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.11.13	50万-60万			☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名;		
	父亲	陈	41	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3.5万</u> 元		
	母亲	袁	38	良好		3、固定资产: <u>1</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）		病童陈于2024.11.10因皮肤有出血点、头晕带去惠州市第一人民医院住院检查,确诊急性单核细胞白血病(LAB.M4b)转来中山大学孙逸仙纪念医院治疗.医生预估费用至少30万,实在负担不起余下医疗费用.特向贵会申请医疗救助.望批准! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 袁 2024年 11月 29日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患白血病,确诊急性髓系白血病,预估治疗费用叁拾万元。							
	医师签名:		周敦华		2024年 12月 2日			
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金		¥ 3万 元（大写: 3万 千 佰 拾 元 角 分）						
负责人签名:		林伟吟		2024年 12月 2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 千 佰 拾 元 角 分）						
负责人签名:		高晓		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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 13
病种: 急性髓系白血病 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），将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈 [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: 13822279353

日 期: 2014年12月18日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:陈 性别:女 年龄:13岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:40 住院号:

姓名: 陈	住院号:	出生地: 广东省惠州 (区)
性别: 女	年龄: 13岁	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2024-11-13 16:00		
诊断: 急性髓系白血病 (M1)		
医嘱: 患儿现确诊急性髓系白血病, 按SCCCG-AML-2020方案进行化疗。待完善相关检查后, 进行危险度评估, 指导下一步治疗。		
记录日期: 2024-11-18 15:31	医生: 周敦华 周敦华	

证明

兹证明我村村民陈某某，女，身份证号码：[REDACTED]（其父陈某某，男，身份证号码：[REDACTED]），2024年11月13日因急性髓系白血病在广州市中山大学孙逸仙纪念医院治疗，父母无固定经济来源，生活困难，请有关单位给予经济支持为盼。

特此证明

博罗县泰美镇兴水围村民委员会
联系电话：[REDACTED]

2024年11月29日

