

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:

2024096

申请日期: 2024 年 12 月 3 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何		男	2020年08月			江西省赣州市	
	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		珠江医院	2024.9.17	40万			☐ 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 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴）42万 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 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	何	32	良好				
	母亲	王	31	良好				
申请救助理由（请详细描述）	2024年9月17日在广州珠江医院确诊. 急性淋巴细胞白血病, 医生告知大概费用需40万元左右, 高额的费用压的我们喘不过气, 在外借了一笔钱治病, 还是不够后续治疗, 现特此申请救助. 望批准. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 何 2024 年 12 月 3 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊急性淋巴细胞白血病中危. 化疗治疗. 总费用20.3万 医师签名: 符丹娜 2024 年 12 月 3 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: 符丹娜 2024 年 12 月 10 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 伍仟 一佰 一拾 元 角 分） 负责人签名: 高晓红 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:	何	性别:	男	年龄:	4岁
病种:	急性淋巴细胞白血病	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），将作为何 的治疗费用。

受助人（监护人）: 何

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2014年12月18日

诊断证明书

姓名：何

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09月17日

出院日期：2024年10月21日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：1. 急性淋巴细胞白血病 2. EB病毒感染

1. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，KMT2C，CR）；2. 睾丸白血病；3. 化疗后骨髓抑制；4. 低纤维蛋白血症；5. 凝血功能异常；6. EB病毒感染；7. 一过性低血压；8. 电解质紊乱；9. 肺炎；10. 左侧上颌窦炎；11. 胃肠功能紊乱

处理意见：住院化疗

医生签名：

林娜

日期：2024年10月21日

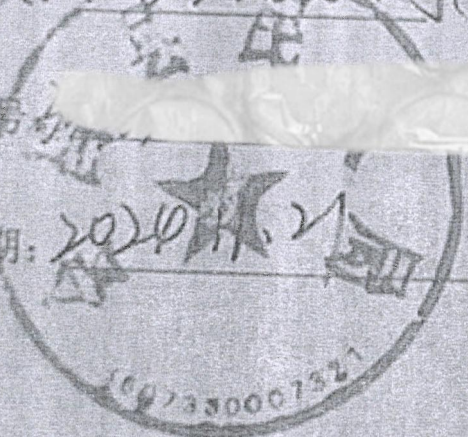
签发单位：（盖章）



批准机关：会昌县民政局(印)

编号：[REDACTED]

发证日期：2020年11月21日



户主姓名	何[REDACTED]	性别	男	出生年月	2020.8
保障人口	2	户月保障金额	870	保障类别	☐ 常补 ☒ 非常补
身份证号码	[REDACTED]			户籍类别	☒ 农业 ☐ 非农业
户籍所在地	[REDACTED]街道(乡、镇) [REDACTED]社区(村)				
纳入保障的家庭成员情况					
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	
何[REDACTED]	兄弟	男	6	良好	

