

# 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: 2024700

申请日期: 2024 年 12 月 5 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                    | 姓名                                                                                                          |                                              | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地 |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | 罗                                                                                                           |                                              | 男                               | 2020年12月6日                      |                                 |                            | 重庆市   |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | 黏多糖贮积症 II 型                                                                                                 |                                              | 广州市妇儿医院                         | 2024年1月19日                      | 30-50万                          |                            |       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50 % | <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 |       |                                                                              |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                                  | 姓名                                                                                                          |                                              | 年龄                              | 健康情况                            | 联系电话                            |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | 父亲                                                                                                          | 罗                                            | 29                              | 良好                              |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | 母亲                                                                                                          | 覃                                            | 29                              | 良好                              |                                 |                            |       |                                                                              |
| <p>1、抚养 18 岁以下儿童 1 名;</p> <p>2、家庭年收入（不含政府补贴） 55000 元</p> <p>3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车</p> <p>家庭困难类型:</p> <p><input type="checkbox"/>村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/>街镇开具困难证明;</p> <p><input type="checkbox"/>困境儿童证明; <input type="checkbox"/>低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明</p> |                                                                                                             |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| <p>申请救助理由（请详细描述）</p> <p>我是罗的父亲，孩子不幸患上黏多糖贮积症 II 型，这一病症需长期高额治疗（现行造血干细胞移植治疗），可我们家庭收入微薄，仅靠我在工厂上班维持生计，难以承担高额的治疗费用。看着孩子饱受病痛折磨，我们心急如焚。恳请给予救助，让孩子有希望重绽笑容。谢谢！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 罗 2024 年 12 月 5 日</p>                                                           |                                                                                                             |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>疾病诊断及治疗（费用）: 1. 黏多糖贮积症 II 型 2. 细胞治疗（造血干细胞移植）</p> <p>费用 30-50 万。</p> <p>医师签名: 刘峰艳 2024 年 12 月 6 日</p>     |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>医院意见（盖章）:</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2024 年 12 月 9 日</p>     |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25000 元（大写: 贰万 伍仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 陈梅抄 2024 年 12 月 23 日</p> |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |



# 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: 罗子豪 性别: 男 年龄: 4岁  
病种: 先天性心脏病(室间隔缺损). 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心.

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), 将作为罗子豪的治疗费用。

受助人(监护人): 罗子豪

电 话: 13822279353

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2014年12月24日

诊断证明书

姓名: 罗 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 细胞治疗(异基因造血干细胞移植) 2. 非感染性全身炎症反应综合征(植入综合征) 3. 粘多糖贮积病II型  
4. 鼻病毒感染 5. 肝功能检查的异常结果

医嘱及建议: 患儿于2024-11-18 至 2024-12-15在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 罗/阿/罗/国飞梅  
日期: 2024年12月15日 10:00:00

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。  
2、涂改无效。  
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。





## 证 明

兹有我区(县) [redacted] 区 居民 罗 [redacted] , 男 , 身  
份证号码 [redacted] , 户籍地: 重庆市 [redacted] ,  
系我区(县) 低保边缘家庭 对象。 (该证明仅限本月有效)  
特此证明

联系电话: [redacted]



