

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: 2025106

申请日期: 2025年 2月 13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郭		女	2019.05.25			肇庆怀集	
	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		广州妇女儿童医疗中心	2024.11.20	20万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 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			
	父亲	郭	31	健康				
	母亲	李	30	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 3 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								
我叫李, 孩子叫郭, 5岁; 不幸患急性淋巴细胞白血病, 为治病, 家中积蓄耗尽, 负债累累, 后续治疗费用缺口巨大, 因近一年来家庭突发意外, 孩子爷爷因意外脚板粉碎性骨折, 手术在医院治疗两月, 康复一月, 我因两个孩子接连出生, 无法外出工作, 孩子爸爸一人在家做打工, 后续费用巨大, 恳请基金会给予救助。 本人保证上述情况完全真实。帮助孩子治疗生的希望, 让她能继续感受世界的美好, 重回正常生活。 申请人签名: 李 2025年 2月 13日 附: 医院费用2万五左右								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患急性淋巴细胞白血病（B-ALL）目前按 CCG-ALL(2020)方案治疗, 预计费用20万元（贰拾万元）。 医师签名: 2025年 02月 12日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 何靖皮 2025年 2月 18日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万元整 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025年 3月 3日 秘书处								



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：郭 性别：女 年龄：5岁8个月
病种：急性淋巴细胞白血病 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20,000元（大写：人民币贰万元整），将作为郭 的治疗费用。

受助人（监护人）：李

电话：

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：2025年3月5日

日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 郭 性别: 女 年龄: 5岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 住院号: (增)

诊断: 1. 化疗后骨髓抑制 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿于2025.02.09至2025.02.13于治疗。

医师签名: /廖紫薇/张钰渝

日期: 2025年02月13日 12:00:00

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。





怀集县

核发单位: 2025-01-06

发证日期: 郭

户主姓名:

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	郭	性别	女性
出生年月	2019-05-24	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	广东省-肇庆市		
户籍 地址	怀集县大		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	郭	本人	0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

12床
欢迎使用智慧医护系统

