

# 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: 2025233

申请日期: 2025年4月25日

|                                                                                                                                                                      |                                   |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                 | 姓名                                |    | 性别                                                                           | 出生年月                                                                                                                                                                         | 身份证号码                                             |                                             | 户籍所在地                      |
|                                                                                                                                                                      | 曾                                 |    | 女                                                                            | 2021.11                                                                                                                                                                      |                                                   |                                             | 江西省瑞金市                     |
|                                                                                                                                                                      | 所患疾病                              |    | 治疗医院                                                                         | 确诊时间                                                                                                                                                                         | 预估总费用                                             | 住院号                                         | ID号                        |
|                                                                                                                                                                      | 急性淋巴细胞白血病                         |    | 中山一院                                                                         | 2024.11.17                                                                                                                                                                   | 30万                                               |                                             |                            |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                               | 购买保险情况及报销比例                       |    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <u>35</u> %                          | <input type="checkbox"/> 城镇居民 <u>    </u> %                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 商业保险 <u>    </u> %       | <input type="checkbox"/> 其他保险 <u>    </u> % | <input type="checkbox"/> 无 |
|                                                                                                                                                                      |                                   |    | 残疾类型和级别:<br><input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                                                                                                        | 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 曾                              | 35 | 良好                                                                           |                                                                                                                                                                              | 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元                    |                                             |                            |
|                                                                                                                                                                      | 母亲 郭                              | 33 | 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:<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 |                                                   |                                             |                            |
| <p>患者曾, 今年岁, 2024年11月17日确诊白血病, 已经在中山一院化疗5个月, 花费高昂, 妈妈在医院陪护, 爸爸做散工照顾家里两个孩子, 无力支撑后续化疗, 维持费用, 恳请基金会辛苦审核, 帮助我们孩子, 感恩不尽!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 郭 2025年4月25日</p> |                                   |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
| 医院填写                                                                                                                                                                 | 疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 费用: 约30万元 |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
|                                                                                                                                                                      | 医师签名: 2024年4月25日                  |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
|                                                                                                                                                                      | 医院意见(盖章):                         |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
| <p>建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2025年4月27日</p>                                                                                      |                                   |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:                                                                                                                                                       |                                   |    |                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                   |                                             |                            |
| <p>同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2025年5月12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: 曾                       | 性别: 女 | 年龄: 3岁6月 |
| 病种: 白血病(急淋B) 治疗医院: 中山大学附属医院第一 |       |          |

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), 将作为曾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾 郭

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:

2015年5月14日



中山大学 附属第一医院  
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：曾

科别：儿科二科

床号：

住院号：

### 出院患者疾病证明书

姓名：曾 性别：女 年龄：3岁 出院科别：儿科二科

住院号：

入院日期：2025年04月10日 出院日期：2025年04月11日

出院诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗，2. 急性淋巴细胞白血病，BIV(低危，缓解期)，3. 超声心动图异常(GLS稍减低)，4. 生长迟缓(重度)，5. 低钾血症

入院情况及诊疗经过：入院后行低危再诱导CAMd1化疗，过程顺利。现患儿一般情况可，予出院。

医师：

王丽娟

罗叶萍

2025年04月10日



