

附件二

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022048

申请日期: 2021 年 12 月 31 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	谢佳乐	男	2012年9月16日			广东河源市连平县
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性淋巴白血病		广州市南方珠江医院		500000	
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	黎美佳	女	44	母亲	无	
	谢日清	男	47	父亲	无	
申请救助理由		因小孩患了急性淋巴白血病、平时家中无积蓄、向亲戚、朋友已借来的钱用来支付药费已用光 希望爱心人士及平台帮助这个可怜的孩子。谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黎美佳, 2021 年 12 月 31 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患急性淋巴细胞白血病(高危), 需定期化疗, 后续费用约需50万元。 医师签名: 蔡弘, 2022 年 1 月 17 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 2 万元。 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 蔡弘, 2022 年 1 月 18 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整。 负责人(签名): 蔡弘, 2022 年 1 月 24 日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症贫童救助款收据

病童姓名：谢佳乐 性别：男 年龄：9
病种：急性淋巴白血病 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10,000元（大写：人民币壹万元整），将作为谢佳乐的治疗费用。

受助人（监护人）：黎美佳

电话：[REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方

代表等）：—

电话：—

经办人：梁叶

电话：138 2227 9253

日期：2022年1月27日

诊断证明书

姓名：谢佳乐

科室：小儿血液科病区

床号：46

ID号：4407999

住院号：755065

科别：小儿血液科病区

入院日期：2021年12月13日

出院日期：

检查结果：

诊断意见：

1、急性淋巴细胞白血病化学治疗

2、急性淋巴细胞白血病（B细胞型，CRLF2，KRAS，HR）

处理意见：住院治疗。

医生签名：杨丽华

日期：2021年12月23日

签发单位：（盖章）



连平县陂头镇连星村民委员会

证明

兹有我村居民阮甘批谢明清，男，身份证号
[redacted]，家庭人口6人，父母常年老病，
夫妻在家务农，小孩因白血病在于治疗，需
要80多万医药费，造成家庭非常困难，敬请有
关单位给予帮助。

特此证明



