

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022212

申请日期: 2022年3月7日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	何明菲	女	2020.05	[REDACTED]	广东珠海	
	参加医保情况		<input type="checkbox"/> 新农合 <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	骨髓增生异常综合征		中山大学附属第一医院		50万元	
病人直系亲属	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	何毅	男	35	父女	普通职员, 一般	[REDACTED]
	冯华英	女	34	母女	无就业, 无收入	[REDACTED]
申请救助理由	本人孩子确诊为骨髓增生异常综合征, 需要进行造血干细胞移植, 治疗费用巨大, 家庭经济困难, 故申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>冯华英</u> 2022年3月					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊骨髓增生异常综合征, 病情重, 需进行造血干细胞移植, 预计费用50万元。 医师签名: <u>[REDACTED]</u> 2022年3月					
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): <u>[REDACTED]</u> 2022年4月25日					

疾病情况属实

是否符合办理条件以当地政策为准



2022.3.16



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症貧童救助款收據

病童姓名：何玥菲 性別：女 年齡：1

病種：骨髓增生異常綜合症 治療醫院：中山大學附屬第一醫院

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 10,000 元（大写：人民
幣壹萬元整），將作為何玥菲的治療費用。

受助人（監護人）：沈學英

電話：[REDACTED]

見證人（記者/志願者/捐贈方代
表等）：—

電話：—

經辦人：飛

電話：13822279353

日期：2022年4月26日



疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名(Name): 何玥菲 性别(Sex): 女
年龄(Age): 1岁7月 门诊号(Clinic No.): 8001778437

诊断(Diagnosis):
骨髓增生异常综合征-难治性贫血伴原始细胞过多(-7, NRAS阳性)
支气管炎

科室(Department): 儿科教授门诊
医生(Doctor): 黄礼彬
盖章(Seal): 疾病证明专用章

2021年12月17日

《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本部门诊使用。
- 2、必须由本院医师开具及签名，并在门诊病历上记录。
- 3、门诊大楼一楼门诊咨询服务中心盖章有效。
- 4、证书开具，具有法律效力，请谨慎开具。

情况说明

兹有我社区居民冼华英，性别：女，身份证号：
[REDACTED] 其女儿何玥菲，性别：女，身份证号：
[REDACTED] 于2021年12月在广州市中山大学附属第一医院确诊为骨髓异常增生综合征（MDS），确诊后在中山大学附属第一医院治疗，已经过两次化疗，目前正在进行（脐带血）造血干细胞移植手术。孩子父亲是家庭唯一经济收入来源，母亲长期在医院照顾患病的女儿何玥菲，无经济收入，需养育两孩子和赡养双方父母；患儿自费药和外送检验费较高且无纳入医保范围，截止目前治疗总花费近40万元，个人负担超25万，导致家庭生活困难，为了让孩子能够顺利完成后续的治疗，早日康复，缓解当前家庭困难，望救助基金会领导给予帮助。

以上情况属实。



