

# 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（媒体推荐）

202203

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	陈书涵	女	20151211	[REDACTED]	广东汕头	
	参加医保情况	<input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: %				
	所患疾病	治疗医院			预计医疗费用	
重型再生障碍性贫血 中山大学孙逸仙纪念医院						
病童直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	彭爱铃	女	35	母女	无	[REDACTED]
	陈剑锋	男	35	父子	无	[REDACTED]
申请救助理由	于21年诊断再生障碍性贫血(急重型),支持治疗维持治疗后行造血干细胞移植,目前已在积极负责很多因治疗也没办法工作后期费用毫无办法,希望能得到帮助。					
本人保证上述情况完全真实。 申请人家长(监护人)签名: 彭爱铃 2022年5月23日						
调查意见	情况属实。 调查员人签名: [REDACTED] 2022年5月26日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元 负责人(签名): [REDACTED] 2022年5月26日						

说明: 申请人应是病童的合法监护人, 申请时应真实填写本申请表, 并提交医院诊断证明、病历、贫困证明或低保证、病童出生证明和户口簿、监护人身份证和户口簿、最近住院收费单据(单据费用总和须大于恤孤助学会资助款金额)等(以上资料均可为复印件)。如提供虚假情况获得资助的, 将予追缴。



# 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: 陈书涵 性别: 女 年龄: 6  
病种: 重型再生障碍性贫血 治疗医院: 孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 13,000 元 (大写: 人民币壹万叁仟元整), 将作为陈书涵的治疗费用。

受助人 (监护人): 彭爱玲

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电话: /

经办人: 梁戈

电话: 13822279353

日期: 2022年5月26日

中山大学孙逸仙纪念医院 疾病证明书

证字A0009077 号

姓名 陈书涵

性别 女 年龄 6岁 籍贯 \_\_\_\_\_ 到诊日期 2021-12-31

门诊号码 \_\_\_\_\_ 住院号码 \_\_\_\_\_ X光号码 \_\_\_\_\_

临床诊断:

再生障碍性贫血

治疗意见: 1. 维持治疗; 2. 定期复诊; 3. 建议行造血干  
细胞移植;

公元20 21 年 12 月 31 日

儿科医师 张 签盖



# 广东省汕头市

## 潮阳区铜盂镇凤壶村民委员会

### 证明

兹有我村村民陈剑锋，男，身份证号码：  
[REDACTED] 因其女儿陈书涵（身份证号：  
[REDACTED]），患重型再生障碍性贫血，治疗  
费用过高，导致因病致贫，经济困难。

特此证明

凤壶村民委员会  
2022年4月10日



