

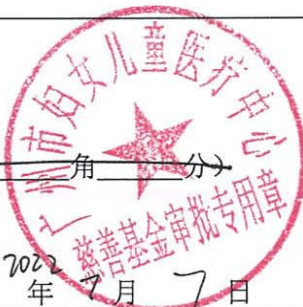
广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022356

申请日期: 2022年07月01日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	林俊楷	男	2010.12.22	[REDACTED]	汕头	
	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			
嗜血细胞综合征		广州妇女儿童医疗中心		30万		
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
	林逢春	男	37	父子	待业	[REDACTED]
	林楚华	女	37	母子	待业	[REDACTED]
申请救助理由		申请救助理由请填写(如:小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等) 小孩于2021年3月1日在汕头中心医院诊断嗜血细胞综合征后转院广州儿童医院继续治疗,反复复发后于2021年12月22日做造血干细胞移植,前期自费一百七十万左右,现还需每周日间病房输丙球和检查,后续费用也庞大,现欠款一百万左右,后续费用借无可借,老家还有两个小孩,两位老人,				
本人保证上述情况完全真实。		申请人签名: 林逢春 2022年07月01日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“嗜血细胞综合征、干细胞移植状态、脓毒血症休克” 拟治费用40-60万					
	医师签名: 朱浩 2022年7月1日					
医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分)						
负责人签名: 王皓 2022年7月7日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万捌仟元						
负责人(签名): 王皓 2022年7月19日						

患者只有购买新农合医保没其他保险





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: 林俊楷

性别: 男

年龄: 11(周岁)

病种: 嗜血细胞综合征

治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心(珠江新城)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 18,000 元 (大写: 人民币 壹万捌仟元整), 将作为 林俊楷 的治疗费用。

受助人(监护人): 林逢春

电 话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2022年7月19日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 林俊楷 性别: 男 年龄: 11岁 科别: 急诊科(门特)(珠) 床号: 025 住院号: J10026344

诊断: 1. 休克 2. 腹痛 3. 干细胞移植状态 4. 噬血细胞综合征

医嘱及建议: 患儿2022-06-11在我院急诊留观治疗。

医师签名: 王瑶

日期: 2022-06-11

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。



汕头市潮阳区民政局

核发单位: 2021-08-08

发证日期: 林逢春

户主姓名: [REDACTED]

身份证号码: 112-2768

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	林逢春	性别	男性
出生年月	1965-3-9	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5人
居住 地址	广东省汕头市潮阳区西胪镇后埔 南昌路 [REDACTED]		
户籍 地址	潮阳区西胪镇后埔村委会		
低保资金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	本关系	月收入
	林逢春	本人	1300元
	林楚华	配偶	1300元
	林俊楷	子	0元
	林俊灵	子	0元
	林钰纯	女	0元

