

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2022500

申请日期: 2022 年 10 月 9 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	蒋炎琳	女	2010.3.23			广东中山
	参加医保情况		☐ 新农合 ☒ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 30%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性淋巴细胞白血病		广东省人民医院		35万	
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
	蒋雄健	男	46	父女	无	
	刘芳	女	41	母女	无	
申请救助理由		女儿蒋炎琳于2022年3月在省人民医院确诊为急性淋巴细胞白血病, 治疗费用大约35万, 目前已花费20多万, 由于父母要照料女儿都无法上班, 造成生活困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘芳 2022年 10 月 9 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“急性淋巴细胞白血病(B细胞型, iAMP$\geq$1阳性, HOX11阳性, 高危组), 在我院定期化疗, 预计医疗费用35万人民币左右。 医师签名: 李永康 2022年 10 月 9 日					
	医院意见: 同意 建议给予医疗救助金 15000 元。 (大写: 壹万伍仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 李永康 年 月 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元整 负责人(签名): 马志红 2022年 10 月 17 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: 蒋炎琳 性别: 女 年龄: 12

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院惠福分院

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 蒋炎琳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘芳

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 张弋

电 话: 13822279353

日 期: 2022年 10月 18日



疾病诊断证明书

编号: 1001Z810000001C7FTBJ

科室: 儿童血液科

住院号(门诊号): P2028132

姓名: 蒋炎琳 性别: 女性 年龄: 12岁4月

入院日期: 2022-08-09 出院日期: 2022-08-31

处理意见:

患儿诊断“1. 为肿瘤化学治疗疗程; 2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型, iAMP21阳性, HOX11 阳性, 高危组; 3. 化疗后骨髓抑制; 4. 低纤维蛋白原血症; 5. 急性上呼吸道感染”在我院住院治疗。

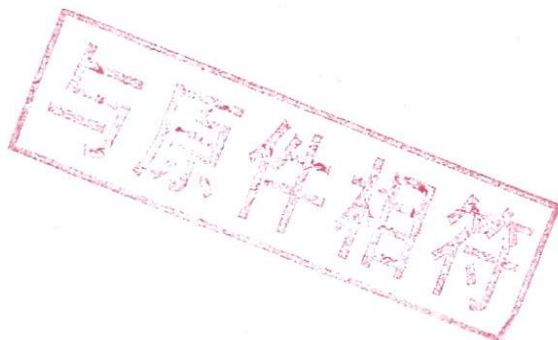
诊断:

1. 为肿瘤化学治疗疗程; 2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型, iAMP21阳性, HOX11 阳性, 高危组; 3. 化疗后骨髓抑制; 4. 低纤维蛋白原血症; 5. 急性上呼吸道感染

医嘱:

儿童血液肿瘤科随诊, 拟1周内返院进一步行Block-I 方案化疗治疗, 提前1天门诊完善入院前检查, 联系电话: 020-81884713转80311。

复诊建议:



医师:

李永康

日期: 2022年08月31日

注:

1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效, 遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明, 不得作其它证明使用

广东省申请最低生活保障批准通知书

(2022) 第 17 号

蒋维健 (先生/女士):

经审查, 现决定对您家庭的城乡最低生活保障申请予以批准。从 2022 年 9 月 1 日起纳入本市最低生活保障, 每月给与生活保障金共 2455 元 (大写: 贰仟肆佰伍拾伍元整), 其中:

- 1、低保标准差额保障金 1497 元;
- 2、低保 (双老/重病/单亲/未成年) 分类救助金 928 元;
- 3、污水处理优惠政策提增保障金 30 元;
- 4、其他: _____ (救助/补助金) _____ 元。

同时, 发给您家庭《广东省城乡居民最低生活保障证》一本, 证号: _____, 请妥善保管。

特此通知。

负责人签名



收件人签名: 蒋维健

送达人签名:

注: 1. 申请人无法接收本通知书的, 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场, 说明情况, 由送达人、见证人签名, 把本告知书留在申请人的住所, 并采用拍照、录像等方式记录送达过程, 即视为送达。

2. 本告知一式三份, 一份送达申请人、一份由乡镇 (街道) 存档, 并扫描上传到广东省救助申请家庭经济状况核对系统。

