

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022507

申请日期: 2022年10月16日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	蔡嘉汶	男	2012年9月25日			广东省惠州市附城镇河北村
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院		30万元	
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
	蔡振锦	男	47	父子	无业(残疾)	
	王秀莲	女	35	母子	无业(残疾)	
申请救助理由	孩子父母均为残疾人,孩子生病前,父亲在外打零工,一个月2至3千元,收入养着一家人。孩子3月份确诊白血病(高危)至今已花20万左右,欠债10多万,后续费用还需要很多,承担不起,现寻求贵机构帮忙。谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡振锦 2022年10月16日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(诊断疾病、治疗方案、预计费用): 急性淋巴细胞白血病(Common-B, BCR-ABL p190+, -7, HR, CR) 现予全国2014年11月急性淋巴细胞白血病诊断建议治疗。 预计总治疗费用约需30万元。 医师签名: 2022年10月17日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 3万 元。 (大写: 叁万 仟 佰 拾 二 元 一 角 一 分) 负责人签名: 2022年10月18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): 2022年10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: 蔡嘉汶 性别: 男 年龄: 10岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 蔡嘉汶 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡振锦

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁七

电 话: 13822279353

日 期: 2022 年 10 月 25 日

诊断证明书

姓名：蔡嘉汶

科室：小儿肿瘤科病区

床号：31

ID号：4554799

住院号：779057

科别：小儿肿瘤科病区

入院日期：2022年10月16日

出院日期：

检查结果：

诊断意见：

1. 感染性发热；2. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；3. 急性淋巴细胞白血病 (Common-B, BCR-ABL1P190+, -7, HR, CR)

处理意见：住院治疗。

医生签名：兰和魁

日期：2022年10月17日

签发单位：（盖章）

广东省城乡居民最低生活 保障证



广东省民政厅·财政厅印制



核发单位：_____
 发证日期：2022年10月1日
 户主姓名：蔡振锦
 身份证号：_____
 低保证编号：_____

户主姓名	蔡振锦		性别	男
出生年月	1976/7/21		职业类别	特困
医保卡号			家庭人口	4
居住地址	附城镇河北村委会			
户籍地	市 县(市、区) 乡镇(街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	王秀连	夫妻		
	蔡嘉汶	父子		
	蔡长均	父子		

家庭成员照片

核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

