

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022515

申请日期: 2022 年 9 月 26 日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	成都晨	男	2019.5.1		广东	
	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			
	急性淋巴细胞白血病	广州市妇女儿童医疗中心	50 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
	成水娇	女	29	母子	无	
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) 尊敬的领导: 您好! 我是成都晨的监护人-成水娇, 成都晨在 2022 年 1 月 1 日在广州市妇女儿童医疗中心检查出急性淋巴细胞白血病, 住院化疗至今, 期间花去高昂的医疗费。 本人女, 29 岁, 未婚, 患有先天性红斑狼疮和类风湿性关节炎, 双肾结石, 积蓄原本所剩无几, 现又因照顾孩子, 无收入, 已欠下大量债务, 本人保证上述情况完全真实。致使我生活陷入困境, 特向广东公益恤孤助学促进会申请救助, 帮我度过难关。 申请人签名: 成水娇 2022 年 9 月 26 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病 T-cell, 化疗 按 CCLG-AU-2018 标准, 预计总费用 40 万人民币。 医师签名: [Signature] 2022 年 9 月 26 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: [Signature] 年 月 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之整 负责人 (签名): [Signature] 2022 年 11 月 21 日						



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

XIN 益佰计划“善缘病童救助项目”救助款收据
(阿里巴巴“公益宝贝”项目)

病童姓名: 成希晨 性别: 男 年龄: 3岁6个月
病种: 急性T淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为成希晨的治疗费用。

受助人(监护人): 成永娇

电 话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: [Signature]

电 话: 13822279353

日 期: 2022年11月25日

广州市增城区妇幼保健院
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: 成郁晨 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 血液肿瘤科 (增) 床号: 31 住院号: 20247461

诊断: 急性淋巴细胞白血病 (T细胞型, 中危, SIL/TAL+)

医嘱及建议: 患儿于2022. 08. 14-2022. 08. 21于我院血液肿瘤科 (增城院区) 住院治疗。

医师签名: 张红霞

日期: 2022. 08. 21

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。



户主
照片

(核发单位加盖公章)



核发单位: 20220907

发证日期: 20220907

户主姓名: 王立军

身份证号码: 150101196101010000

低保证编号: 00000000000000000000

姓名: _____

家庭成员情况: _____

低保单位: _____

盖章: _____

姓名: _____

家庭成员情况: _____

姓名	性别	出生年月	民族	人口	家庭人口
王立军	男	196101	汉	2	2

居住地址: _____

户籍地址: _____

低保卡号: _____

低保证号: _____

姓名: _____

家庭成员情况: _____

低保单位: _____

盖章: _____

