

20254676

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023006

申请日期: 2022 年 11 月 1 日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	陈乐曦	女	2018.8.29	45042220180290261	广西
	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	
病人直系亲属资料	神经节神经母细胞瘤 11 期		广州市妇女儿童医疗中心		150 万
	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况
	陈柳明	男	43	父子	无
	张思慧	女	44	母女	无
申请救助理由请详细填写 (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) 从今年 3.3 号确诊神经节神经母细胞瘤 11 期高危。 现在广州市妇女儿童医疗中心化疗。一共 9 次化疗然后 2 次自体干细胞移植。放疗免疫治疗维持治疗时间 2 年 总花费 150 万左右。 家中医保小孩 4 人。很困难。三个读书。请帮我渡过难关。谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈柳明 2022 年 11 月 1 日					
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 目前诊断: 神经节神经母细胞瘤 11 期 (高危)。给予 CCDC 与 ICE 交替化疗。				
	医师签名: 何俊 2022 年 11 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: 何俊 2022 年 11 月 1 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 贰 万 之 零					
负责人 (签名): 高晓红 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:	陈乐曦	性别:	女	年龄:	2018年8月29日
病种:	神经母细胞瘤	治疗医院:	广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)		

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

受助人(监护人): 陈柳明

电话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 叶绍华

电话: 13822279353

日期: 2022年12月1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: 陈乐曦 性别:女 年龄:4岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号:054 住院号: 20254676

诊 断:1. 神经节神经母细胞瘤IV期 高危 2. 吞咽困难

医嘱及建议: 患儿2022.10.24-2022.11.01在我院血液肿瘤（珠）住院治疗

医师签名:张晓红/邓林峡

日 期:2022年11月01日



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。

证 明

兹证明陈柳明户（身份证号码：[REDACTED]，
家庭住址：广西[REDACTED]，为我镇农村
低保救助对象。该家庭低保享受时间为：2022年8月1日起。

成员列表：

陈柳明，男，户主，身份证号码：[REDACTED]

张思慧，女，配偶，身份证号码：[REDACTED]

[REDACTED]，女，女，身份证号码：[REDACTED]；

[REDACTED]，女，女，身份证号码：[REDACTED]；

[REDACTED]，男，儿子，身份证号码：[REDACTED]

陈乐曦，男，儿子，身份证号码：[REDACTED]

该证明开具日期为2022年10月8日，自开具日期起有效
期为六个月。

藤县藤州镇人民政府民政办公室

2022年10月8日





请勿手拉床栏!