

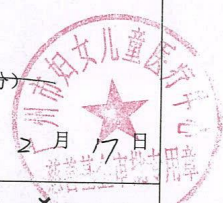
20292698

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023055

申请日期: 2023 年 2 月 14 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	邓浩敏	女	2011.08.29			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 40 %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
		重型地中海贫血		广州市儿童医院		40万
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
	邓文五	男	39	父女	无	
	黄燕清	女	34	母女	无	
申请救助理由		2011年8月确诊为重型地中海贫血, 需要定期吃药、输血来维持生命, 后续做骨髓移植手术, 预计需要40万费用 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓文五 2023 年 2 月 14 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 重型地中海贫血 2. 骨髓移植手术 费用共约30-40万 医师签名: 屈华 2023 年 2 月 14 日 医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 贰万一千一百拾元一角一分) 负责人签名: 王宇 2023 年 2 月 17 日					
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之壹 (XIN益佰计划) 负责人(签名): 葛晓 2023 年 2 月 20 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: 邓洁敏	性别: 女	年龄: 12
病种: 重型地中海贫血	治疗医院: 广州儿童医院	

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), 将作为邓洁敏的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓文五

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279253

日 期: 2023年2月20日

广州市妇女儿童医疗中心

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（病假建议书）

流水号： 20221208Y03937

姓名：邓洁敏 性别： 女 年龄： 11岁 卡号：4401000016748179

诊断： 重型地中海贫血，

诊断备注：

医嘱及建议： 有合适供者（母亲），拟行造血干细胞移植术，术后予抗感染、抗移植物抗宿主病等治疗，输注静脉注射用免疫球蛋白，定期复查。
预计费用40万元。

病区： 血液肿瘤病区(珠)

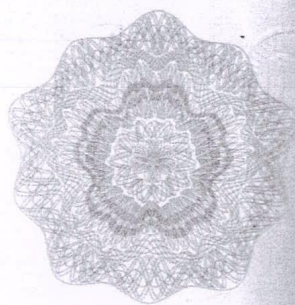
科医师： 刘莎

日期： 2022-12-08



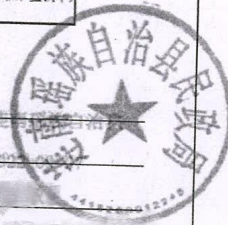
注：

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。



户主
照片

(核发单位加盖钢印)



核发单位:

发证日期:

户主姓名:

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名		性别	女性
出生年月	2011-08-28	民族	瑶族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址			
户籍 地址			
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

家庭成员照片

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

