

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： 2023060

申请日期： 2023 年 2 月 15 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	陈柏源	男	2011-09			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例： 50 %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	腹部肿物（淋巴瘤？）		广州市妇女儿童医疗中心（珠）		6 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
	陈德添	男	50	父子	无收入	
	刘金秀	女	44	母子	失业无收入	

申请救助理由

尊敬的领导：
您好，我是陈柏源的监护人陈德添，陈柏源初期起病出现腹痛腹胀，于2023年1月30号在阳江市人民医院就医，住院10天不见好转。2023年2月3号转广州市妇女儿童医疗中心就医，经检查后确诊为淋巴瘤，当天即安排住院。从发病到现在治疗费用高昂，治疗费用已用尽，本人保证上述情况完全真实。陈柏源因患有先天性耳聋，日常仅靠我靠我的收入来维持生活，现在又患此病，迫切希望能得到贵会救助。
申请人签名：陈德添 2023 年 2 月 15 日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：腹部肿物（淋巴瘤？），患儿外科住院明确诊断后需化疗可能性大，本次住院治疗费用预估为 6 万元。	
	医师签名： 周波圆	2023 年 2 月 15 日
	医院意见： 建议给予医疗救助金_____元。 （大写： 贰 万 一 千 佰 拾 元 角 分） 负责人签名： 王克宁 2023 年 2 月 15 日	

广东公益恤孤助学促进会意见：同意救助贰万之整（XIN益捐计划）

负责人（签名）： 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: 陈柏源	性别: 男	年龄: 12
病种: 淋巴瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心	

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), 将作为陈柏源的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈德添

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年2月21日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 陈柏源 性别: 男 年龄: 11岁 科别: 外六病区(儿) 床号: 020 住院号: 10161122

诊断: 1. 结肠肿物 待查 2. 淋巴瘤(待查)

医嘱及建议:

患儿于2023-02-03至今在我院住院治疗, 特此证明。

医师签名: 徐晓钢/

日期: 2023-02-16 09:48:07

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。



家庭经济情况说明

兹我社区(村委会)居民(村民) 陈德添 (法定监护人姓名),
身份证号 440106197101010000 家庭住址 广东省广州市天河区
棠下街 家庭人口共 5 人, 家庭年收入为 10000 元,
其子/女 陈柏源 (申请救助儿童姓名), 身份证号 440106201601010000
患有 肿瘤性 疾病, 已在(广州市妇女儿童医疗中心)
接受治疗, 因孩子治疗费用支出, 家庭经济负担重, 基本生活出现困
难, 现向基金会申请医疗救助金。

以上所述属实, 特此说明。

村(居)委会所在地: 广东 省(区、市) 广州 市(州)
天河 县(市、区) 棠下 乡镇(街道)

村(居)委会经办人签字: 陈德添

联系电话: 13725609836

(盖章)

2023年2月14日

