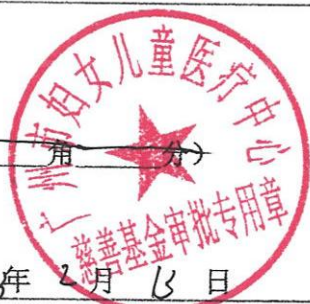


# 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023071

申请日期: 2023年2月8日

病人资料	姓名	性别	出生年月	、身份证号码	户籍所在地	
	陈个进	男	2010年9月10日	[REDACTED]	广东省 [REDACTED]	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
急性髓系白血病		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
	陈川松	男	46	父子	无	[REDACTED]
	陈玩芬	女	44	母子	无	[REDACTED]
申请救助理由	<p>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)</p> <p>我家小孩名字叫陈个进, 他的病是突发急性髓系白血病, 现在在广州妇女儿童医疗中心治疗, 已经化疗了3个疗程了, 后续还要移植, 费用缺口大, 家里两个主要收入的在广州陪小孩治疗, 所以没收入, 所以申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陈玩芬 2023年2月8日</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>急性髓系白血病(CLLT3 [ITD 高危], 拟 CALS-IV AMU 2018 方案化疗, 市索拉菲尼靶向治疗, 后续予造血干细胞移植。</p> <p>医师签名: [REDACTED] 2023年2月8日</p>					
	<p>医院意见:</p> <p>建议给予医疗救助金 元。</p> <p>(大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p style="text-align: right;">负责人签名: [REDACTED] 2023年2月13日</p>					
<p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之壹 (XIN 壹佰计划)</p> <p>负责人(签名): [REDACTED] 2023年2月20日</p>						





# 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: 陈广进 性别: 男 年龄: 13

病种: 急性髓系白血病 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), 将作为陈广进的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈川松

电 话: ~~13822279353~~

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年2月23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: 陈广进 性别: 男 年龄: 12岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 021 住院号: 10157211

诊断: 1. 急性髓系白血病 (M2a, FLT3-ITD基因突变, 高危) 2. 高白细胞白血病 3. 肠道真菌感染 (白色念珠菌)  
4. 肺部感染

医嘱及建议: 于2022. 10. 13至2022. 11. 19在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 何晓理/刘海艳/黄杰发

日期: 2022年11月19日 11:00:00

- 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。



# 普宁市下架山镇和寮村民委员会

电话：0663-2581284

证明

普宁市下架山镇和寮村村民陈川松·男·身份证号：

~~XXXXXXXXXX~~，其儿子陈广进患有白血病，

现在广州妇女儿童医院就医，父母在家务农，造成家庭经济困难，请有关部门给予帮助为盼。



