

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: 2023074

申请日期: 2023年1月13日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	曾丽君	女	2015年01月14日			广东
	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 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
急性淋巴细胞白血病		南方珠江医院		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
	曾祥飞	男	45	父女	无业. 低保户	
申请救助理由		本人曾祥飞是一个单亲父亲，生育有一男一女，共有2个小孩，长女不幸患上了白血病，我没有经济收入，在家里带孩子每个月靠政府的补贴为持家人的生活，本人保证上述情况完全真实。我是个残疾人，是个低保户困难的家庭。 申请人签名: 曾祥飞 2023年1月13日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患以确诊急性淋巴细胞白血病，定期化疗化疗，后续费用约50万元。 医师签名: 葛泓 2023年1月13日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 30000元。 (大写: 叁万贰仟元) 拾一元一角二分) 负责人签名: 葛泓 2023年2月8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): 葛泓 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:	曾丽君	性别:	女	年龄:	8
病种:	急性淋巴细胞白血病	治疗医院:	南方医科大学珠江医院		

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), 将作为曾丽君的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾祥飞

电 话: 13822279253

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 曾祥飞

电 话: 13822279253

日 期: 2023 年 2 月 23 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：曾丽君 科室：小儿血液科病区 床号：33 ID号：4751830 住院号：824490

科别：小儿血液科病区	入院日期：2023年01月12日 出院日期：-
检查结果： 详见辅助检查 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞性白血病 处理意见： 住院治疗	
医生签名：黄露露  日期：2023年01月15日	

签发单位：（盖章）



户主  
照片  
(核发单位盖章)



核发单位: 云安区  
 发证日期: 2018-04-26  
 户主姓名: \_\_\_\_\_  
 身份证号码: \_\_\_\_\_  
 低保证编号: \_\_\_\_\_

家庭成员照片

户主姓名	[Redacted]			性别	男性
出生年月	1978-08-20			职业	
医保卡号	[Redacted]			家庭人口	4人
居住地址	广东省 [Redacted] 村				
户籍地	[Redacted] 市 县(市、区) 乡(镇) 村(居)委				
低保资金发放账号	[Redacted]				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入	
	[Redacted]	本人		200元	
	[Redacted]	配偶		200元	
	[Redacted]	子		200元	
	[Redacted]	女		200元	

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

