

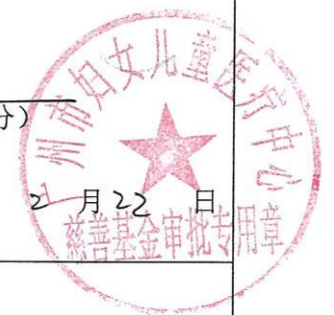
2023423

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: 2023076

申请日期: 2023年2月20日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地	
	郭子柔	女	2017年5月8日		[REDACTED]	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: 30%				
	所患疾病		治疗医院			预计医疗费用	
	急性淋巴细胞白血病		广州妇女儿童医院(增城院区)			30万	
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	
	郭武良	男	45	父女	司机(4000元)	[REDACTED]	
	李小婷	女	38	母女	无业	[REDACTED]	
申请救助理由		女儿2022年11月份确诊了急性淋巴细胞白血病, 现已花费十万元, 父母离异经济压力较大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李小婷 2023年2月20日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病						
	医师签名: [REDACTED] 2023年2月16日						
医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 一 万 一 千 一 百 一 拾 一 元 一 角 一 分)							
负责人签名: [REDACTED] 2023年2月22日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万叁千							
负责人(签名): [REDACTED] 2023年2月27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: 邹子柔 性别: 女 年龄: 5
病种: 急性淋巴白血病 治疗医院: 广州妇女儿童医院

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), 将作为邹子柔的治疗费用。

受助人 (监护人): 李小端

电 话: ~~XXXXXXXXXX~~

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁弋

电 话: 1382229353

日 期: 2023年2月28日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 邹子柔 性别: 女 年龄: 5岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 04 住院号: 20283423
(增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 (L2, B细胞型, 低危, EP300-ZNF384融合)

医嘱及建议: 患儿于2023-01-29至2023-02-02在我院血液肿瘤科 (增城) 住院。

医师签名: 张晓红 / 骆梓燕 / 虞敏健

日期: 2023-02-02

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。



户主
照片
(核发单位盖章)



核发单位: 从化区民政局

发证日期: 2024 年 01 月 01 日

户主姓名: _____

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名		性别	男
出生年月	19790304	民族	汉族
家庭人数	3	保障人数	3
居住地址	[模糊] (镇) [模糊] (村) 详细地址: 广东省广州市 [模糊]		
户籍地址	[模糊] (街) [模糊] (村) 详细地址: 广东省广州市 [模糊]		
联系电话	[模糊]		
低保资金 发放账号	账户名称:		
	银行账号:		
	开户行:		

共同生活家庭成员情况	姓名	关系	健康状况	是否保人 是否为障 员
	邹武良		良好	是
	邹子柔	子女	慢性病	是
		子女	良好	是

社会救助信息

补助情况	金额	对象	救助时间
低保金	1886.00	邹武良	2023-01起
分类救济金	239.20		2023-01起
污水补贴	7.00	邹武良	2023-01起
污水补贴	7.00		2023-01起
污水补贴	7.00	邹子柔	2023-01起

注：“补助情况”请填写每月发放补助类型：分类救济金、污水补贴，其他按月发放补助的类型。

