


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: 2023086

申请日期: 2023年 2月 16日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	马靖怡	女	2018.11.30	[REDACTED]	广东 [REDACTED]	
	参加医保情况		<input type="checkbox"/> 新农合 <input checked="" 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		广州市妇女儿童医疗中心		400000		
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
	马家祥	男	40	父	散工. 年收入约30000	[REDACTED]
	余玉燕	女	37	母	无. 全职主妇	[REDACTED]
申请救助理由	因2022年没有买医保, 2022年10月开始发病至12月底自费超过十万. 2023年有医保. 但报销只有三成. 对于这种重大疾病显得特别无奈. 本人一家住着国家保障房. 家庭条件差. 面对医疗费用的高昂. 所以求助贵基金会. 谢谢 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 马家祥 2023年 2月 16日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病 L2型 (B细胞型, 中危) 拟 CCCG-All 2020 方案化疗. 医师签名: [REDACTED] 2023年 2月 18日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 _____ 元. (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: [REDACTED] 2023年 2月 21日 					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之整 (2W 整) (计划) 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: 马靖怡 性别: 女 年龄: 4
病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为马靖怡的治疗费用。

受助人 (监护人): 马家祥

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3月1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: 马靖怡 性别: 女 年龄: 4岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 11 住院号: 20285530
(增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 (B细胞型)

医嘱及建议:

患儿于2023. 02. 09-2023. 02. 13在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 张虹/郑文献/邱湘苗

日期: 2023年02月13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。



江门市江海区困境儿童（普惠儿童）申请审批表

姓名	马靖怡	性别	女	民族	汉	年龄	4
身份证号码	[REDACTED]		社会保障卡号				
现住地址	[REDACTED] 村(居)						
就学情况	学校		年级		是否已购买医疗保险		否
健康状况	差		<input checked="" type="checkbox"/> 重病, 病种: 白血病		<input type="checkbox"/> 残疾, 残疾性质及等级: _		
开户银行	建设银行		银行账号		[REDACTED]		
监护人情况	<input type="checkbox"/> 低保家庭		<input type="checkbox"/> 低收入家庭		<input checked="" type="checkbox"/> 其它		联系电话
	父亲姓名	马家祥	年龄	39	<input type="checkbox"/> 重病, 病种: _ <input type="checkbox"/> 残疾, 残疾类型及级别: _		月收入
	母亲姓名	余玉燕	年龄	36	<input type="checkbox"/> 重病, 病种: _ <input type="checkbox"/> 残疾, 残疾类型及级别: _		月收入
	其他监护人姓名		与儿童关系		年龄		健康状况

申请适度型普惠儿童声明

一、本家庭所提供的材料完全属实, 没有任何隐瞒、虚假和伪造。儿童监护人已知晓相关法律责任。

二、本家庭全体成员愿意积极配合民政部门及其委托的工作人员开展相关调查, 并如实反映情况。

三、本家庭儿童监护人承诺由江海区民政部门发放至本人账户的普惠儿童生活补贴金将完全用于儿童的日常生活开支, 教育、医疗等方面, 不挪作他用。若违反此声明, 本人愿承担因此产生的后果和相应的法律责任。

监护人签名(加盖指纹): 马家祥
 儿童签名(加盖指纹): 马靖怡
 2022年11月29日

村(居)委会 调查意见	经调查, 以情况属实, 建议给予(<input type="checkbox"/> 事实无人抚养儿童 <input type="checkbox"/> 残疾儿童 <input checked="" type="checkbox"/> 重病儿童 <input type="checkbox"/> 困境家庭儿童) 的救助。 补充说明: <div style="text-align: right;"> (盖章) [REDACTED] 经办人签名: [REDACTED] 2022年11月29日 </div>
----------------	---

二、申请人及共同申请人收入情况表

申请人及共同申请人申报情况	相关部门审核情况
<p>(申请人)上年度总收入(扣除医保、社保和住房公积金后)为_____元,实际月平均收入为_____元。</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>	<p>经核定 <u>余玉燕</u> (申请人)上年度总收入为 <u>18600</u> 元,月平均收入为 <u>1550</u> 元。</p> <p>补充说明: _____</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>
<p><u>马家祥</u> (共同申请人)上年度总收入(扣除医保、社保和住房公积金后)为 <u>18600</u> 元,实际月平均收入为 <u>1550</u> 元。</p> <p>经办人: <u>赖月利</u> 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>	<p>经核定 <u>马家祥</u> (共同申请人)上年度总收入为 <u>18600</u> 元,月平均收入为 <u>1550</u> 元。</p> <p>补充说明: _____</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>
<p>(共同申请人)上年度总收入(扣除医保、社保和住房公积金后)为_____元,实际月平均收入为_____元。</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>	<p>经核定_____ (共同申请人)上年度总收入为_____元,月平均收入为_____元。</p> <p>补充说明: _____</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>
<p>(共同申请人)上年度总收入(扣除医保、社保和住房公积金后)为_____元,实际月平均收入为_____元。</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>	<p>经核定_____ (共同申请人)上年度总收入为_____元,月平均收入为_____元。</p> <p>补充说明: _____</p> <p>经办人: _____ 单位(盖章): _____</p> <p>_____年 月 日</p>

注: 1、有工作单位的填左边栏,并加盖单位公章。

2、没有工作单位的由个人在左边栏自报填写收入(不用加盖单位公章),再由街道办事处和区民政局在右边栏填写审核意见并加盖公章。

