

20061325

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：2023088 申请日期：2023年2月22日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	王海瑞	男	2015.9.16			广西
	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：70%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
再生障碍性贫血		广州市妇女儿童医疗中心		60万		
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
	周碧兰	女	34	母子	无业陪护	
	王绍强	男	40	父子	务农 1000	
申请救助理由		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） 反复感冒，面色苍白，碰撞后淤青不散，有出血点，感染诺如病毒，脓毒性休克，已从ICU转到普通病房，目前也要靠输血维持，后续准备干细胞移植手术，费用缺口40万，家里有两个70岁以上的老人抚养，还有一个姐姐和两个哥哥在上大学，本人无工作，本人保证上述情况完全真实。有新农合保险。 申请人签名：周碧兰 2023年2月22日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：再生障碍性贫血（重型） 医师签名：王绍强 2023年2月23日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金_____元。 （大写：壹万一千佰拾元角分） 负责人签名：王绍强 2023年2月23日					
广东公益恤孤助学促进会意见：同意救助壹万捌仟元整 负责人（签名）：王绍强 2023年2月27日						





廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名:王海瑞	性别:男	年龄:7
病种:再生障碍性贫血	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 18,000 元 (大写:人民币壹万捌仟元整), 将作为王海瑞的治疗费用。

受助人(监护人):周碧兰

电话: [REDACTED]

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

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（病假建议书）

流水号： 20221212Y08442

姓名：王海瑞 性别： 男 年龄： 7岁 卡号： 4401000014448276

诊断： 再生障碍性贫血。

诊断备注：

医嘱及建议： 2022-11-18于我院血液肿瘤科就诊。

病区： 血液肿瘤病区(珠)



医师： 刘莎

刘莎

日期： 2022-12-12

注：

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。

证明

兹有我村长塘山队王海瑞，汉族（身份证号码：~~XXXXXXXXXXXX~~），该儿童因患再障造成家庭经济困难，情况属实。

特此证明



王海瑞

2023.01.29

东平镇珠华村民委员会
2023年1月29日



