

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023132

申请日期: 2023 年 2 月 23 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	邹寿强	男	2017-11-29			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	重型地中海贫血		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
	邹晓燕	男	28	父子	无	
	钟秀兰	女	30	母亲	无	
申请救助理由		申请救助理由请详细填写(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) 本人小孩邹寿强自出生患有重型地中海贫血,一直靠着输血维持生命,现在广州妇女儿童医疗中心找到合适的造血干细胞移植,由于费用资金缺口较大,手术费用大概要五十万,手术后续还需要长期照顾小孩,又不能工作,一年基本没有收入来源,农村家庭条件实在难以承担高额费用,希望广东公益恤孤助学促进会本人小孩。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邹晓燕 2023 年 2 月 23 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 地中海贫血, 造血干细胞移植手术。 50万					
	医师签名: 刘海艳 2023 年 2 月 23 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 肆 万 仟 佰 拾 元 角 分)					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之整 (XIN益佰计划) 负责人(签名): 马晓红 2023 年 3 月 13 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: 邹寿骏 性别: 男 年龄: 5

病种: 重型地中海贫血 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 20,000 元 (大写: 人民币 贰万元整), 将作为 邹寿骏 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邹赞霖

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话:

经办人: 梁世

电 话: 13822279353

日 期: 2023 年 3 月 15 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：邹寿骏 性别：男 年龄：5岁 科别：血液肿瘤病区(珠) 床号：001 住院号：20287964

诊 断：

重型地中海贫血；自体外周干细胞动员

医嘱及建议：患儿2023-02-19至2023-02-26于我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：/余畅

日 期：2023-02-26

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。



莲塘镇波洞村民委员会

证明

兹有 [REDACTED] 居民邹寿骏(男)，身份证号码 [REDACTED]，患有重型β地中海贫血，病后父母要专职照顾邹寿骏，导致生活上困难，父亲邹赞森(男)身份证号码 [REDACTED]，母亲钟秀兰(女)，身份证号码 [REDACTED] 经村委证实，情况属实。

特此证明

证明人: [REDACTED]



