

10154175

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: 2023138

申请日期: 2023 年 3 月 1 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	田文浩	男	2011年2月9日			广西
	参加医保情况	☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 40%				
	所患疾病	治疗医院				预计医疗费用
	白血病	广州市妇女儿童医疗中心(增)				20万
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
	田栗生	男	39	父子	3~5万	
	吴秀英	女	33	母子	0收入	
申请救助理由		因孩子确诊为急性淋巴细胞白血病,家里的存款全部用于治,孩子爸爸一工作,自己陪着孩子在医院治疗,孩子每个月的医疗费用较高,两个女女儿还要读书,这笔高昂的费用对我们这个家庭压力巨大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴秀英 2023 年 3 月 1 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病,按2020年医保报销比例,大概费用20万元。 医师签名: 郭文强 2023 年 3 月 1 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 郭文强 2023 年 3 月 6 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整 负责人(签名): 马生儿 年 月 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: 田文浩

性别: 男

年龄: 12岁

病种: 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为田文浩的治疗费用。

受助人 (监护人): 吴秀英

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16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: 田文浩 性别:男 年龄:12岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号:34 住院号: 10154175
(增)

诊 断:

急性淋巴细胞白血病(B细胞型, 中危)

医嘱及建议:

患儿于2023.02.26至今在我院血液肿瘤科（增城）住院治疗，后期需继续按照化疗方案继续化疗。

医师签名: 张曦红/郑文献/刘子铭 日期:2023-03-01

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。



证明

兹证明 田栗生（身份证号码：4503322014742），
家庭住址：广西百色市田东县），
家庭为农村低保救助对象家庭。

该家庭开始享受日期为：2022年12月01日

该证明开具日期为2023年02月16日，自开具日期起有效期
为1个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	田栗生	4503322014742	02月	2022年12月01日
2	黄关凤	4503322014742	02月	2022年12月01日
3	吴秀英	4503322014742	02月	2022年12月01日
4	田文浩	4503322014742	02月	2022年12月01日
5	田嘉欣	4503322014742	02月	2022年12月01日
6	田文馨	4503322014742	02月	2022年12月01日

栗木镇人民政府（盖章）
2023年02月16日

