

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: 2023153

申请日期: 2023年3月6日

姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
病人资料	潘语琳	女	2008年12月16日		广东	
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
急性白血病		广州医科大学附属第一医院		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
	陈诗萍	女	31	母女	无业	
	潘煜	男	33	父女	无业	
申请救助理由		因家庭困难，女儿患上急性白血病急需费用，家婆身体又不好长期吊针，我在东莞两个儿子，家庭微薄收入靠我在深圳打散工维持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈诗萍 2023年3月6日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		急性淋巴细胞白血病，化疗18个疗程，化疗费用约二十万元人民币。 医师签名: 2023年3月8日			
	医院意见:		建议给予医疗救助金10000元。 (大写: 壹万零五百元) 负责人签名: 2023年3月10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): 2023年3月20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: 潘语琳 性别: 女 年龄: 4岁3个月
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

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), 将作为潘语琳的治疗费用。

受助人 (监护人

): 陈靖萍

电 话: 1382279353

见证人 (记者/

志愿者/捐赠方

代表等): /

电 话: /

经办人: 梁

电 话: 1382279353

日 期:

2023年3月22日

疾病诊断证明书

姓名: 潘语琳

性别: 女

年龄: 4岁

住院号: 0000787456

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为:

- *1. 急性淋巴细胞白血病 (B型, 低危)
- 2. 感染性发热
- 3. 低纤维蛋白原血症
- 4. 化疗后骨髓抑制
- 5. 输液港置入

此证

主诊科 (盖章)



电白区坡心镇红十月村民委员会

证 明

兹证明潘登慧，男，茂名市[REDACTED]
[REDACTED]组村民，身份证号码：[REDACTED] 家中一共 6
口人，人员组成为：潘观（父亲，[REDACTED]），
黄河清（母亲，[REDACTED]），陈诗萍（妻子，
[REDACTED]），[REDACTED]（女儿，
[REDACTED]），[REDACTED]（儿子，
[REDACTED]），家庭主要收入来源为潘登慧务农及
打散工，现因家庭成员潘语琳患急性白血病导致家庭经济困
难，不能承担全额医疗费用。

情况属实，特此证明！

坡心镇红十月村民委员会

经办人：李若智

联系电话：13011604083

2023 年 1 月 30 日

