

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023156

申请日期: 2023年3月5日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	周子远	男	2019.6			广东省
	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	
		急性淋巴细胞白血病		中山大学附属第一医院		
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
	周鸿飞	男	40	父子	无业	
	杨晶	女	39	母子	职员 10元/月	
申请救助理由		急性淋巴细胞白血病 治疗费用巨大, 已无力负担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨晶 2023年3月5日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿前诊断为急性淋巴细胞白血病(B/L/ABL阳性, BIV, 中危, 缓解期), 预计住院花费15000元。 医师签名: 李 2023年3月8日 医院意见: 患儿情况, 请救助为盼。 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 仟 佰 元 正) 负责人签名: 蔡佩玲 2023年3月13日					
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟 负责人(签名): 高晓红 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: 周子涵 性别: 男 年龄: 3岁8月
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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 周子涵 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨翥

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 3月 22日

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名 (Name): 周子涵 性别 (Sex): 男 No: 119430
年龄 (Age): 3岁8月 门诊号 (Clinic No.): 8002780364

诊断 (Diagnosis):

急性淋巴细胞白血病

科室 (Department): 儿科教授门诊

医生 (Doctor): 罗学群

盖章 (Seal):

2023年03月06日



《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本门诊使用。
- 2、必须由本院医师开具及签名,并在门诊病历上记录。
- 3、门诊大楼一楼门诊咨询服务中心盖章有效。
- 4、证书开具,具有法律效力,请谨慎开具。

徐闻县徐城街道附城社区居民委员会

证 明

兹有我社区居民周子涵，2019年6月14日出生，身份证号：[REDACTED]，患急性淋巴细胞B型白血病，现在中山大学附属第一医院治疗，开销费用大。其父亲无业，姐姐在[REDACTED]学校读小学，母亲一人在徐闻县烟草专卖局工作，收入较低，家庭负担压力大，现要申请恤孤金专项补贴，请给予支持。

特此证明。

徐城街道附城社区居民委员会

二〇二二年二月二十日



