

20296111

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023159 温暖1544号

申请日期: 2023年3月6日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	梁紫琳	女	2008-10-15		广东省	
	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		
	地中海贫血		广州市妇女儿童医院	40万		
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
	莫兰英	女	35	母女	无	
	梁志成	男	41	父女	散工, 无固定收入	
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) 梁紫琳3个月时确诊为地中海贫血, 现在在广州妇儿等待移植, 已来到同供者, 预计费用40万, 家里还有一个弟弟一个妹妹, 家庭支出较大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 莫兰英 2023年3月6日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 重型地中海贫血。 有合适供者, 建议行造血干细胞移植术。预计费用约40万元。 医师签名: 刘丹 2023年3月6日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 一 万 一 千 一 百 一 拾 元 一 角 一 分)					
	负责人签名: 王瑞 2023年3月14日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之整 (XIN爱计划) 负责人(签名): 姜晓小 2023年3月23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: <u>梁紫琳</u>	性别: <u>女</u>	年龄: <u>14</u>
病种: <u>地中海贫血</u>	治疗医院: <u>广州市妇女儿童医疗中心</u>	

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), 将作为梁紫琳的治疗费用。

受助人 (监护人): 莫兰英

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): ——

电 话: ——

经办人: 梁

电 话: 13822279353

日 期: 2023 年 3 月 22 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： 20221208Y03712

姓名：梁紫琳 性别：女 年龄：14岁 卡号：1000001143101

诊断： 重型B型地中海贫血，

诊断备注：

医嘱及建议： 有合适供者（同胞），建议行造血干细胞移植术，术后予抗感染、抗移植抗宿主病等治疗，输注静脉注射用免疫球蛋白，定期复查。预计费用约40万元。

病区： 儿血液肿瘤（日间）

科医师： 刘莎

日期： 2022-12-08

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

兹证明梁紫琳（女，身份证号码：
440101199107170011）患有重型地中海贫血，现就广东省广州市天河区，现其需要大额的医疗费用。全家人口7口，梁紫琳父亲在家打零工，一个月收入只能勉强维持梁紫琳每月输血和去铁的费用，家里所有经济来源于他的这点收入，家庭实在无法维持，况且那么高额的医疗费用，至使其家庭特别困难。

特此证明



