

20277775

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023185

申请日期: 2023年3月30日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	李宏阳	男	2010年7月14号		广西	
	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	
	急性淋巴细胞白血病		广州市妇女儿童医疗中心		50-100万	
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
	王丽珍	女	38	母子	无业	
	李林玉	男	39	父子	工厂员工	
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) 小孩因发现身上多处淤青、关节痛,到医院检查发现指标异常,后到广州妇女儿童医疗中心,确诊急性淋巴细胞白血病T型,高昂的医药费对于我们这样困难的农村家庭无疑雪上加霜,一家四口,妹妹刚上小学,现在靠父亲在家一边照顾妹妹,一边工作来支撑,希望能得到一些帮助,在此感激不尽.谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王丽珍 2023年3月30日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):					
	急性淋巴细胞白血病,费用50万。					
	医师签名: 郭敏 2023年3月29日					
医院意见:						
建议给予医疗救助金 元。 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分)						
负责人签名: 郭敏 2023年3月31日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元						
负责人(签名): 高志心 2023年4月3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: 李宏阳 性别: 男 年龄: 12岁
病种: 急性淋巴白血病 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 13,000 元 (大写: 人民币 壹万叁仟元整), 将作为 李宏阳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王丽珍

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 梁世

电 话: 1382227953

日 期: 2023年4月6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: 李宏阳 性别: 男 年龄: 12岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 18 住院号: 20277775
(增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 (L2, T细胞型, 中危)

医嘱及建议: 患儿于2023. 02. 13至2023. 02. 20于增城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 张红/郑文献/邱湘苗

日期: 2023-02-20

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。



兹证明 李林玉（身份证号码：[REDACTED]
家庭住址：广西 [REDACTED]），
家庭为农村低保救助对象家庭。

该证明开具日期为2023年03月23日，自开具日期起有效期为6个月。

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	李林玉		03月	2023年01月01日
2	王丽珍		03月	2023年01月01日
3	李宏阳		03月	2023年01月01日
4			03月	2023年01月01日



