

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

2023214温暖1553号

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	吴月玲	女	2017.5.26		广西	
	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			
	地中海贫血		中山大学孙逸仙纪念医院	25万		
病童直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	吴东文	男	29	父女	农民	
	李海连	女	25	母女	无业	
申请救助理由	做骨髓干细胞移植费用大.家里还有两个不到5岁大的小孩.经济困难. 本人保证上述情况完全真实。 申请人家长（监护人）签名:李海连 2023年4月12日					
调查意见	情况属实。 调查员人签名:梁弋 2023年4月14日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元整 负责人（签名):高显尔 2023年4月14日						

说明:申请人应是病童的合法监护人,申请时应真实填写本申请表,并提交医院诊断证明书、病历、贫困证明或低保证、病童出生证明和户口簿、监护人身份证和户口簿、最近住院收费单据(单据费用总和须大于恤孤助学会资助款金额)等(以上资料均可复印件)。如提供虚假情况获得资助的,将予追缴。



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: 吳月玲 性别: 女 年龄: 5
病种: 地中海貧血(重症) 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为吴月玲的治疗费用。

受助人(监护人): 辛海连

电话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

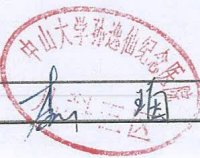
电话: 13822279353

日期: 2023 年 4 月 12 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:吴月玲 性别:女 年龄:5岁8月4天 科室:儿科五区(过渡区) 床号:16 住院号:883306

姓名: 吴月玲	住院号: 883306	出生地: 广东省
性别: 女	年龄: 5岁8月4天	科室: 儿科五区(过渡区)
入院日期: 2023年01月30日 10时		出院日期: 2023-03-22
临床诊断: 1、10/10HLA全相合胞妹供者骨髓+外周造血干细胞移植; 2、重型β地中海贫血造血干细胞移植术后(β0/β0, IVS-Int654 (C→T) 纯合子); 3、粒细胞减少伴发热; 4、巨细胞病毒血症; 5、EB病毒血症; 6、药物性肝功能损害; 7、小儿肠炎; 8、口腔黏膜炎(II度); 9、电解质紊乱(低钾血症、低钙血症); 10、急性上呼吸道感染;		
治疗意见: 详见出院记录。		
记录日期: 2023-03-22 12: 00		医生: 王茵 

证明

兹有证明村民吴月玲，身份证号码450802198808080808，
家庭住址：广西岑溪市水汶镇曾子村，为我村农村低
保享受救助对象。

该人员开始享受低保日期为：2020年6月

该证明开具日期为2022年12月20日，自开具日期起有效
期为6个月。

岑溪市水汶镇曾子村村民委员会

2022年12月20日

