

# 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: 2023224

申请日期: 2023 年 2 月 7 日

|                                                      |                                                                                     |                                                                                        |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|
| 病人资料                                                 | 姓名                                                                                  | 性别                                                                                     | 出生年月                                                                                                                                                             |       | 身份证号码   | 户籍所在地 |
|                                                      | 努尔孜巴                                                                                | 女                                                                                      | 2014.8.8                                                                                                                                                         |       |         | 新疆    |
|                                                      | 参加医保情况                                                                              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 新农合 <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: % |       |         |       |
|                                                      | 所患疾病                                                                                |                                                                                        | 治疗医院                                                                                                                                                             |       | 预计医疗费用  |       |
| 1. 皮肤过敏反应                                            |                                                                                     | 南疆医科大学珠江医院                                                                             |                                                                                                                                                                  | 303   |         |       |
| 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  |
|                                                      | 吐送托合地                                                                               | 男                                                                                      | 41                                                                                                                                                               | 父女    | 无业      |       |
|                                                      | 塔吉尼莎                                                                                | 女                                                                                      | 35                                                                                                                                                               | 母女    | 无业      |       |
| 申请救助理由                                               |                                                                                     | 因脑肿瘤复发每月需服用一万元外送药<br>已治疗一年多掏空家庭积蓄, 现求助<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 吐送托合地 2023 年 2 月 7 日 |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
| 医院填写                                                 | 疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为皮肤过敏反应, 需口服抗过敏药+口服<br>维生素D3治疗 共303元<br>医师签名: 张超 2023 年 2 月 7 日    |                                                                                        |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
|                                                      | 医院意见:<br>建议给予医疗救助金 303 元 (大写: 叁 万 一 千 一 百 三 拾 三 元 二 角 一 分)<br>负责人签名: 2023 年 4 月 7 日 |                                                                                        |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
| 广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元<br>负责人(签名): 2023 年 4 月 11 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: 努尔孜巴·吐送托合地 性别: 女

年龄: 9

病种: 恶性脑肿瘤

治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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 努尔孜巴·吐送托合地 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吐送托合地·吐送巴克

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 曾华文

电 话: [REDACTED]

经办人: 黎元

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 4月 17日

## 诊断证明书

姓名：努尔孜巴·叶 科室：小儿血液科病区

床号：61

ID号：5131097

住院号：786858

科别：小儿血液科病区

入院日期：2023年02月02日

出院日期：2023年02月07日

检查结果：

诊断意见：

1. 左侧颞叶上皮样胶质母细胞瘤放射治疗后的随诊检查；2. 左侧颞叶上皮样胶质母细胞瘤（WHO IV级）；3. 脊髓恶性肿瘤

处理意见：出院后定期复查血常规，按时返院治疗。

医生签名：张亚伟

日期：2023年02月07日

签发单位：（盖章）

## 证明

相关部门:

兹有我辖区居民努尔孜巴·吐送托合地, 女, 维吾尔族, 身份

证号: [REDACTED], 家庭住址: [REDACTED]

[REDACTED] 此人属于我辖区低保户。

特此证明!

和田市纳尔巴格街道办事处

阿提巴扎社区

2023年1月21日



