

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

202292: 潘敏 1554号

|   |   |  |         |            |         |            |
|---|---|--|---------|------------|---------|------------|
| 病童资料  | 姓名  | 性别   | 出生年月    | 身份证号码      | 户籍所在地   |            |
|   | 杨咏春   | 男  | 2010年2月 | [REDACTED] | 湖南省     |            |
|   | 参加医保情况  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: 50% |         |            |         |            |
|   | 所患疾病  | 治疗医院   | 预计医疗费用  |            |         |            |
|   | 神经母细胞瘤  | 中山大学肿瘤防治中心   | 66万     |            |         |            |
| 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       |
|   | 杨善福   | 男  | 44      | 父子         | 失业      | [REDACTED] |
|   | 林宁  | 女  | 38      | 母子         | 失业      | [REDACTED] |
| 申请救助理由  | <p>起因肚子疼了2-3次后于近期于肚子上长出几个小疙瘩检查出结果是神经母细胞瘤腹膜后。现状经过7次化疗后到浙江儿童医院完手术后恢复良好。现在医生评估还要继续化疗。治疗费用达用20万左右。家境状况: 上有70多岁的爷爷奶奶, 而奶奶几年前因内风湿靠轮椅行走。还有一个小弟弟在外读书。家扶美, 所以家况属实困难希促进会爱心相助! 本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人家长(监护人)签名: 杨咏春 2023年 5月 20日</p> |  |         |            |         |            |
| 调查意见  | <p>情况属实。</p> <p>调查员人签名: 梁玓 2023年 5月 25日</p>   |  |         |            |         |            |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助壹万叁仟元整</p> <p>负责人(签名): 高咏 2023年 5月 26日</p> |   |  |         |            |         |            |

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(以上资料均可为复印件)。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: 杨咏春 性别: 男 年龄: 13  
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学附属肿瘤医院中心

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), 将作为杨咏春的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨咏春

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电话: /

经办人: 梁弋

电话: 13822279353

日期: 2023年5月25日

## 中山大学附属肿瘤医院疾病证明

姓名:杨咏春

性别:男 年龄:13岁 籍贯:

看诊时间:2023-02-24 09:25

门诊号:0000611229

门诊诊断: 1.神经母细胞瘤

### 治疗意见

患者目前在我院接受化疗(接受阿帕替尼联合伊利替康+替莫唑胺方案化疗),建议门诊处理化疗毒副作用及定期复查。

医生签名:



签名时间:2023-02-24 09:46

户主姓名 刘永春

性别 男

出生年月 2010.01


家庭人口 2

当地保障标准 200元

所在乡镇 [REDACTED]

身份证号 [REDACTED]

家庭住址 [REDACTED]



2013 年保障金额领取登记表

| 月份   | 保障人口 | 户领款金额 | 经办人 | 备注 |
|------|------|-------|-----|----|
| 第一季度 | 2    | 400   | 刘永春 |    |
| 第二季度 |      |       |     |    |
| 第三季度 |      |       |     |    |
| 第四季度 |      |       |     |    |



湖南省民政厅制

证书编号: \_\_\_\_\_

经审核，你家庭符合农村最低生活保障有关法律法规规定，同意享受最低生活保障待遇，特发此证。

批准机关 家庭认定 民政署 (盖章)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日





7

07  
杨咏春  
611229



床头柜 07