

# 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 20230501

申请日期: 2023年5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 |
|          | 张家铭                                                                                                      | 男                                                                                          | 2018.1.16                                                                                                                                                          |       |           | 广东    |
|          | 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: 40% |       |           |       |
|          | 所患疾病                                                                                                     |                                                                                            | 治疗医院                                                                                                                                                               |       | 预计医疗费用    |       |
|          | 急性淋巴细胞白血病                                                                                                |                                                                                            | 广州中山大学附属第一医院                                                                                                                                                       |       | 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  |
|          | 张海涛                                                                                                      | 男                                                                                          | 39                                                                                                                                                                 | 父子    | 职工, 年5~7万 |       |
|          |                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                    |       |           |       |
| 申请救助理由   |                                                                                                          | <p>因我儿患有急性淋巴细胞白血病急需化疗, 治疗费用巨大, 医疗困难.</p> <p>本人保证上述情况完全真实.</p> <p>申请人签名: 张海涛 2023年5月30日</p> |                                                                                                                                                                    |       |           |       |
| 医院填写     | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病, 预计治疗费用20万.</p> <p>医师签名: 张海涛 2023年5月30日</p>                                |                                                                                            |                                                                                                                                                                    |       |           |       |
|          | <p>医院意见: 情况属实, 请求救助为盼.</p> <p>建议给予医疗救助金 30000 元.</p> <p>(大写: 叁万 仟 佰 元 正)</p> <p>负责人签名: 黄明 2023年5月30日</p> |                                                                                            |                                                                                                                                                                    |       |           |       |
|          | <p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整</p> <p>负责人(签名): 黄明 2023年6月12日</p>                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                    |       |           |       |



# 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: | 张家铭        | 性别: | 男 | 年龄: | 5 |
| 病种:   | 急性淋巴细胞白血病  |     |   |     |   |
| 治疗医院: | 中山大学附属第一医院 |     |   |     |   |

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为张家铭的治疗费用。

受助人（监护人）: 张海清

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 13822279353

日 期: 2023年6月15日

## 疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名 (Name): 张家铭

性别 (Sex): 男

年龄 (Age): 5岁

门诊号 (Clinic No.): 0024425937

诊断 (Diagnosis):

急性淋巴细胞白血病

科室 (Department): 儿科教授门诊

医生 (Doctor): 黄礼彬

盖章 (Seal):

2023年02月24日



### 《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本门诊使用。
- 2、必须由本院医师开具及签名，并在门诊病历上记录。
- 3、门诊大楼一楼门诊咨询服务中心盖章有效。
- 4、证书开具，具有法律效力，请谨慎开具。



# 揭东区龙尾镇美联村民委员会

电话：0663-3651834

## 证明

兹有我揭阳市民张海涛，性别：男，身份证号码：  
其儿子张家铭，身份证号码：  
患有：1，  
急性淋巴细胞白血病，现需化疗治疗，其治疗费用巨大，家庭难于支撑，望有关部门及人事给予帮助为盼。

特此证明

揭东区龙尾镇美联村民委员会

2023年4月15日



