

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: 2023386

申请日期: 2023 年 5 月 29 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	曾以彤	女	2019.12.08			广东省连平县
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 50 %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
		骨髓造血异常综合征		中山大学附属第一医院		600000
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
	曾伟明	男	32	父亲	50000	
申请救助理由		本人是广东省连平县大湖镇油坑村村头，曾伟明，男，32岁，家庭人口4人，生病的是我女儿，3岁，名字叫曾以彤，在广州市中山大学附属第一医院于2023年5月25日确诊（骨髓造血异常综合征）需要做干细胞移植，能借的借了才学5万，后面是增加复查，吃药治疗，后续治疗费也是个无底洞。我只有向政府求助，恳请民政部门给予帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 曾伟明 2023 年 5 月 29 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断 骨髓造血异常综合征，已行造血干细胞移植，花费60300元。 医师签名: 曾以彤 2023 年 5 月 29 日					
	医院意见: 情况属实，请求给予救助。 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 仟 佰 元 角 12 分) 负责人签名: 曾以彤 2023 年 6 月 5 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整 负责人(签名): 曾以彤 2023 年 6 月 12 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: 曾以彤 性别: 女 年龄: 3岁6个月

病种: 骨髓瘤增生异常综合征 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 曾以彤 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾伟明

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6月13日

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名(Name): 曾以彤

性别(Sex): 女

年龄(Age): 3岁5月

门诊号(Clinic No.): 0024498082

诊断(Diagnosis):

儿童骨髓增生异常综合征
造血干细胞移植状态

科室(Department): 儿童血液肿瘤专科

医生(Doctor): 王丽娟

盖章(Seal):

2023年05月31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。

证 明

兹有我河源市 [REDACTED]，性别：
男，身份证号： [REDACTED] 其女儿曾以彤：
[REDACTED] 患有：骨髓增生异常综合征，需骨
髓移植手术，其治疗费用巨大，因家庭生活困难，望有关部
门及人事给予帮助为盼。

特此证明

河源市连平县大湖镇油村村委员会

2023年6月1日



