

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: 2023399.

申请日期: 2023 年 6 月 16 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	胡志仪	女	2021年9月			江
	参加医保情况		☐ 新农合 ☒ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 40%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
白血病		广州市妇女儿童医疗中心		35万元		
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
	胡加	男	33	父亲	司机 2000元/月	
	胡艳华	女	31	母亲	文员 2300元/月	
申请救助理由		医疗费用高,收入低,经济压力大,希望得到救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 胡加 2023 年 6 月 16 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(L2, B细胞中危) 市ccLG 2018 B-AI方案化疗,费用约35万元 医师签名: 张惠明 2023 年 6 月 16 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 20000 元。 (大写: 贰 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 叶志明 2023 年 6 月 20 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之柒 负责人(签名): 高晓 2023 年 7 月 3 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: 胡芯儀 性别: 女 年龄: 14岁9月
病种: 白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为胡芯儀的治疗费用。

受助人 (监护人): 胡加

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 周其翔

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 7月 4日

诊断证明书

姓名：胡芯仪 性别：女 年龄：1岁4月 科别：小儿血液肿瘤病区 床号：27 住院号：20276850
(增)

诊断：

急性淋巴细胞白血病(L2, B细胞型, 中危)

医嘱及建议：患儿于2023-1-27至2023-02-01在我院血液肿瘤科（增城院区）住院治疗。

医师签名：张明仁/骆梓燕/贺珊珊
日期：2023年02月01日 09:38:10



- 注：1、未经盖章，签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。

证 明

兹证明胡加，男，1988年06月12日生，身份证号[REDACTED]，系我[REDACTED]居民，该同志在贺州[REDACTED]担任司机，月平均工资为人民币2200元。女儿胡芯仪，身份证号[REDACTED]，在2022年9月确诊急性淋巴白血病，正在广州市妇女儿童医疗中心治疗中，治疗期3年，观察期2年。目前医疗费用已花费26万元，由于异地就医，医保报销只有40%。家庭生活较为困难。

特此证明。

社区盖章：



2023年6月16日



请谨防坠床

WANTED