

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: 2023405

申请日期: 2023 年 6 月 21 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	谢心雨	女	2014.7.25			
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 4%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
		重型再生障碍性贫血		广州妇儿中心		60-80万
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
	吴佳颖	女	30	母女	0元	
	谢海南	男	33	父女	年收入 30000元	
申请救助理由		我叫吴佳颖，现在30岁，是广西镇里面一个普通农民。一家有四口人，家里有个老用寨和哥哥一起抚养。有个女儿8岁，弟弟也4岁了。家里就靠老公在农村开二手车载货一个月2000多的钱支撑一家5口人的生活。4月份女儿突然身上有大量的出血点，多遍波折，在广州妇女儿童医院确诊重型再障，一个凶险的血液病，当时如晴天霹雳，医生告诉我们只能是移植才有希望。费用50至80万，当时女儿已经感染非常严重。本人保证上述情况完全真实。严重。更然家庭普通，也不想放弃一条鲜活的生命。我们四处借钱，5月10号到现在控感染就花费20万了，后期还要20万的入也使用，移植了还有一大笔的排异费用，钱从哪来，这时我们想到了国家，申请了低保，但是我们也已经山穷水尽，万般无奈之下申请救助，以帮我女儿继续治病，我不胜感激，快老携幼对组织表示感谢！ 申请人签名: 吴佳颖 2023 年 6 月 21 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 50-80万					
	医师签名: 2023 年 6 月 21 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 贰万 元。 (大写: 贰 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 叶 2023 年 6 月 27 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 壹万叁仟肆佰元 负责人(签名): 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: 谢心雨

性别: 女

年龄: 8岁

病种: 再生障碍性贫血

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13,000元（大写：人民币壹万叁仟元整），将作为谢心雨的治疗费用。

受助人（监护人）：吴佳颖

电话：[REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电话：/

经办人：周其明

电话：13822279353

日期：2023年7月3日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 谢心雨 性别: 女 年龄: 8岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 056 住院号: 20303224

诊断: 1. 重度再生障碍性贫血 2. 感染性发热

医嘱及建议: 患儿于2023-5-12至2023-6-1在我院珠江新城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 符

日期: 2023-06-01



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 谢海南 (身份证号码: [REDACTED])

家庭住址: [REDACTED]

家庭为农村低保救助对象家庭。

该家庭开始享受日期为: 2023年06月01日

该证明开具日期为2023年06月16日, 自开具日期起有效期为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	谢海南	[REDACTED]	06月	2023年06月01日
2	吴佳颖	[REDACTED]	06月	2023年06月01日
3	谢庆晴	[REDACTED]	06月	2023年06月01日
4	谢心雨	[REDACTED]	06月	2023年06月01日

经办人: 谢金河

电话: 0774-5669616

公会镇人民政府 (盖章)

2023年06月16日



