

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023423

申请日期: 2023年6月26日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	江文慧	女	2008.10.1		[REDACTED]	广东肇庆
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性淋巴细胞白血病		广州市妇女儿童医疗中心		60万	
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
	江大君	男	39	父子	司机 5000元	[REDACTED]
	李运霞	女	37	母女	无	[REDACTED]
申请救助理由		申请救助理由请填写(如:小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等) 由于小孩病情反复,自费药多,现已二次移植,后续治疗费用昂贵,家庭已无法承担,望给予救助恩求! 谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李运霞 2023年6月26日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 急性淋巴细胞白血病 2. 化疗药物及输血费用 费用约 30-40万元 医师签名: [REDACTED] 2023年6月26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: [REDACTED] 2023年6月26日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元整 负责人(签名): [REDACTED] 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: 江雯慧 性别: 女 年龄: 14
病种: 急性淋巴白血病 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 13,000 元 (大写: 人民币 壹万叁仟元整), 将作为 江雯慧 的治疗费用。

受助人 (监护人): 严卫霞

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: 13822279253

日 期: 2022年7月11日

诊断证明书

姓名: 江雯慧

性别: 女

年龄: 14岁

科别: 血液肿瘤病区(珠)

床号: 043

住院号: 0910327

诊断:

1. 急性淋巴细胞白血病(B细胞, 第四次完全缓解) 2. 造血干细胞移植状态 3. 蚕豆病 4. 单纯疱疹病毒感染 5. 肺部感染

医嘱及建议: 患儿2023. 03. 30-2023. 05. 20我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /丁大荣

日期: 2023年05月20日 10:00:00

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。



五华县郭田镇双光村民委员会

证明

兹有我村[模糊]村民,严运霞,女,身份证
号码:[模糊]与江雯慧,女
身份证号码:[模糊]是母女
关系,江雯慧每年白血病费用家庭经济特
别困难情况属实望有关部门给予照顾。

特此证明





2023/07/05 16:15