

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: 2023462

申请日期: 2023年7月14日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	林辰铭	男	2022.5.8			广东省
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 70%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性白血病		广东省人民医院惠福分院		500000	
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
	林飞跃	男	40	父子	因小孩生病无法工作	
	陈晓燕	女	36	母子	因生小孩后带孩无法工作	
申请救助理由		由于林辰铭 6月7号生病住进深圳儿童医院确诊急性白血病, 因当时花费过高无法支付后续费用, 自动出院回家四处跟亲戚朋友筹措治疗费用, 于2023年7月4日转进广东省人民医院惠福分院治疗. 因小孩生病现每月花费一万多, 家也因病孩无法正常工作, 让本就贫困家庭雪上加霜. 望本人保证上述情况完全真实. 公益恤孤助学给予帮助!				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患W确诊急性白血病. 经之期治疗. 治疗费用约20万.					
	医师签名: [Signature] 2023年7月14日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金叁万 元. (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: [Signature] 2023年7月11日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟 负责人(签名): [Signature] 2023年8月7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: 林辰銘 性别: 男 年龄: 1岁3个月
病种: 急性白血病 治疗医院: 广东省人民医院惠福分院

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 林辰铭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林正跃

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 8 月 7 日



疾病诊断证明书

编号: 1001Z810000002.ICHRDQ
科室: 儿童血液科 住院号(门诊号): P2111367
姓名: 林辰铭 性别: 男性 年龄: 1岁1月
入院日期: 2023-07-04 出院日期: _____
处理意见:

患者因“发现皮肤瘀斑伴反复发热1月余”入院。2023-7-5行骨髓穿刺术明确诊断为急性髓系白血病。

诊断:

1. 急性白血病; 2. 肺炎

医嘱:

建议继续住院化疗。

复诊建议:

定期复诊, 不适随诊。



医师:

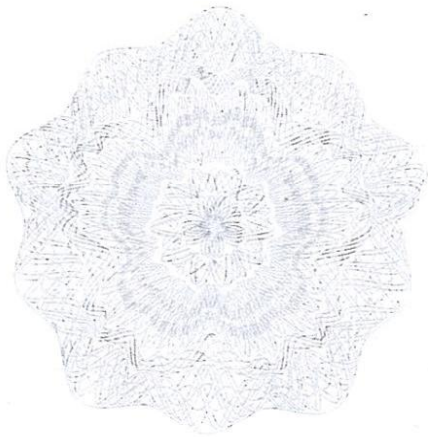
梁家俊

日期:

2023年07月11日

注:

1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效, 遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明, 不得作其它证明使用



核发单位: 和平县

发证日期: 2023-07-10

户主姓名: 林飞跃

身份证号码: 441421198401010014

低保证编号: 0000000000000000



户主姓名	林飞跃	性别	男性
出生年月	1984-01-01	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	441421198401010014	家庭 人口	4
居住 地址	[Redacted Address]		
户籍 地址	[Redacted Address]		
低保资金 发放账号	[Redacted Account Number]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈晓玲	配偶	0
	[Redacted]	子	0
	林飞跃	子	0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

