

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: 2023471

申请日期: 2023 年 8 月 4 日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	杨家辉	男	2014.3.2		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: %		
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用
急性淋巴细胞白血病		广州市海珠区珠江医院		20万	

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
	杜怀燕	女	37	母子	无工作.无收入	
	杨泽林	男	43	父子	无工作.无收入	

申请救助理由	患儿杨家辉, 2023年1月在韶关粤北医院确诊急性淋巴细胞白血病, 花费1万, 4月份转入珠江医院治疗已花14万多, 后续还需要几十万, 家里还有2个老人赡养, 还有2个姐姐要上学, 我和患儿爸爸无收入, 无工作要照顾孩子, 家里没有, 只有农村自建房子一套, 家里还欠债, 实在难以承担杨家辉的治疗费用 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杜怀燕 2023 年 8 月 4 日
--------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性淋巴细胞白血病. 需定期化疗化疗及复查. 后续费用约20万. 医师签名: 苏德贵 2023 年 8 月 6 日
------	--

医院意见:	建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 苏德贵 2023.8.9
-------	--

广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元 负责人(签名): 苏德贵 2023 年 8 月 14 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: 杨家辉

性别: 男

年龄: 9

病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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 杨家辉 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杜怀燕

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁

电 话: 13822279253

日 期: 2023年8月17日

诊断证明书

姓名：杨家辉

科室：小儿血液科病区

床号：56

ID号：4751122

住院号：824241

科别：小儿血液科病区

入院日期：2023年07月13日

出院日期：

检查结果：-

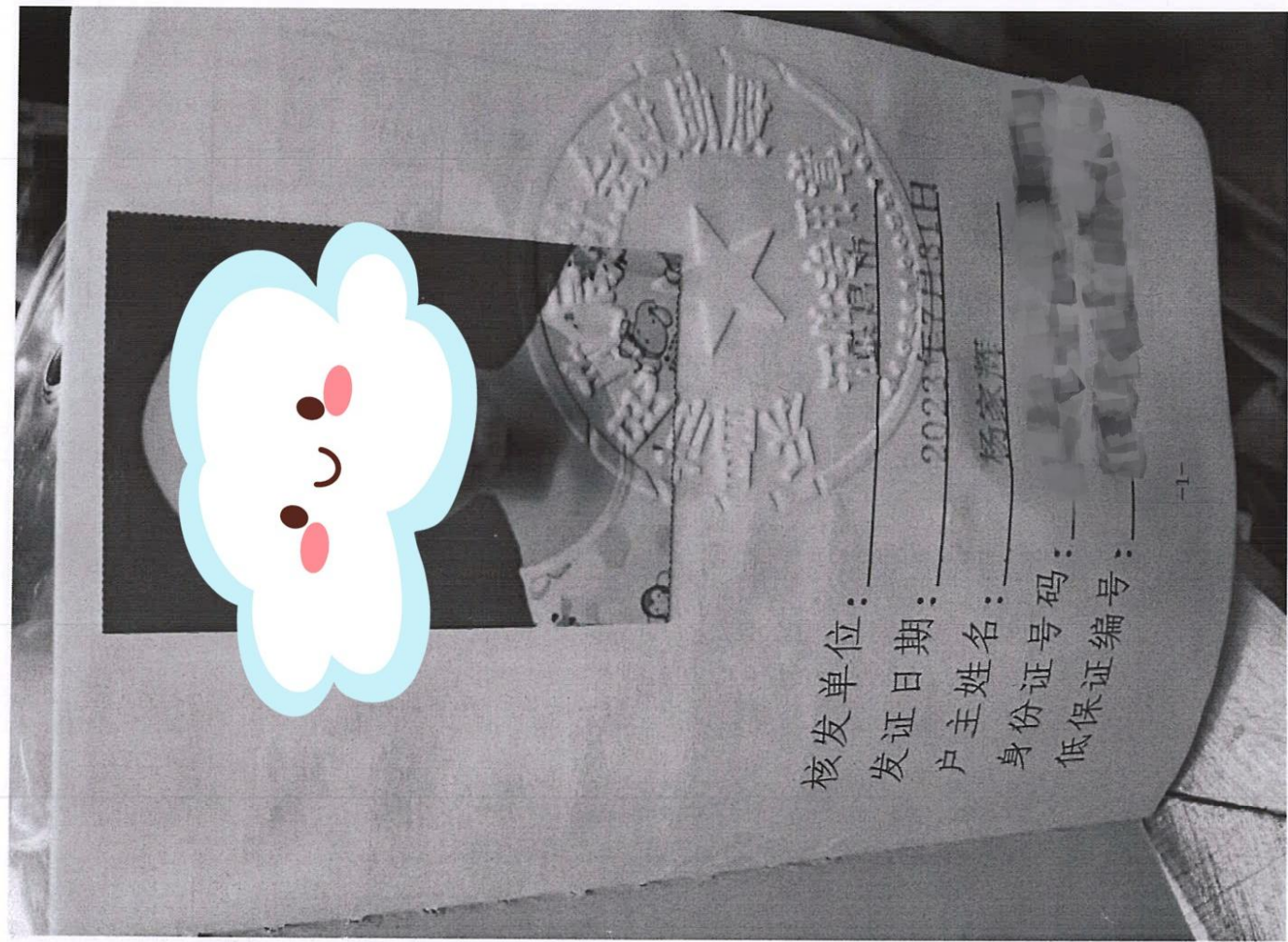
诊断意见：

1. 急性髓系白血病化学治疗；2. 急性髓系白血病（AML1-ETO）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 脓毒血症
处理意见：住院治疗。

医生签名：

日期：2023年08月04日

签发单位：（盖章）



核发单位: _____
发证日期: _____
姓名: _____
身份证号: _____
低保证编号: _____

户主姓名	杨家辉		性别	男性
出生年月	2014-03-02		职业	汉族
医保卡号			家庭人口	1人
居住地址	广东省广州市天河区			
户籍地	县(市、区) 乡镇(街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	杨家辉	本人		112元

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)	核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:
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)	核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:



Southern Medical University