

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023475温晓1521号.

申请日期: 2023年7月28日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	叶嘉烁	男	2009年5月15日	[REDACTED]	广东	
	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	
	重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心		200000	
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
	叶左源	男	55	父子	农业 (2000)	[REDACTED]
	叶移妹	女	50	母子	无业	[REDACTED]
申请救助理由		申请救助理由请详细填写 (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) 小孩子于2011年3月25日确诊重型地中海贫血病, 现于2023年4月18日在医院进行移植, 现移植完每月需要输丙球抗感染, 预计医疗费用还需20万, 现爸爸在照顾我, 没有收入来源, 家庭经济困难无法购买商业医疗保险, 望基金会同意支助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 叶左源 2023年7月28日				
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: 重型β型地中海贫血, 造血干细胞移植状态 预计费用还需20万元 医师签名: 刘博 2023年7月31日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2023年8月18日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万元整 负责人 (签名): 马红 2023年8月21日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症貧童救助款收據

病童姓名：叶嘉烁 性别：男 年龄：14
病种：地中海贫血 治疗医院：广州妇女儿童医疗中心(珠)

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），将作为叶嘉烁的治疗费用。

受助人（监护人）：叶左源

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10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: 叶嘉琳 性别: 男 年龄: 14岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 32A 住院号: 20230507

诊断: 1. 造血干细胞移植状态 2. 重型B型地中海贫血 3. 脾术后

医嘱及建议: 患儿于2023.08.14在我院血液肿瘤科日间病房住院治疗, 特此证明。

医师签名: 刘莎/黄诗韵

日期: 2023-08-14

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。



陆河县上护镇护北村民委员会

证 明

兹有[模糊]村民叶左源,其儿子叶嘉烁(身份证号码:[模糊] 在2011年2月经广东省人民医院确诊为(重型地中海贫血病),于2016年4月初在南方医院做切脾手术,10多年来靠输血和排铁药及球蛋白抗体维持生命,日常靠叶左源耕种及收废品微薄收入维持生活,无其他经济来源,该家庭是我村贫困家庭,家庭已无力救治小孩叶嘉烁,希社会爱心人士、基金会伸出援手,救治一个小生命。

上护镇护北村民委员会

2023年3月1日

