

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

2023494温暖1595号

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	黄民赞	男	2005.11.15		广东	
	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			
	淋巴瘤(白血病)	广东省中医院	40万			
病童直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	黄林艺	男	43	父子	4000/月	
申请救助理由	您们好！我是患者黄民赞的父亲，去年8月始儿子民赞确诊B淋巴瘤母细胞性淋巴瘤(白血病)经过一年时间的化疗、放疗、骨髓移植的层层治疗，现已明显好转，医生建议继续巩固治疗，后期还要做康复治疗，现因治疗费用极高，妻子失业，家里还要抚养小儿子和年迈病多的老父亲，靠我一个人打工支撑，现因家庭经济困难，特向广东公益恤孤助学促进会申请资助，能够得到更好的治疗，帮助孩子早日康复。 本人保证上述情况完全真实。 申请人家长（监护人）签名：黄林艺 2023年9月5日					
调查意见	情况属实 调查员人签名：周其翔 2023年9月6日					
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助壹万伍仟元整（易暖公益基金） 负责人（签名）：高少凡 2023年9月6日						

说明：申请人应是病童的合法监护人，申请时应真实填写本申请表，并提交医院诊断证明书、病历、贫困证明或低保证、病童出生证明和户口簿、监护人身份证和户口簿、最近住院收费单据（单据费用总和须大于恤孤助学会资助款金额）等（以上资料均可复印件）。如提供虚假情况获得资助的，将予追缴。



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(易娱公益项目)

病童姓名: 黃民贊	性别: 男	年龄: 17
病种: 淋巴瘤(白血病)	治疗医院: 广东省中医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为 黃民贊 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃林艺

电 话: 152-1-1521

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 周其玥

电 话: 13822279353

日 期: 2023 年 9 月 5 日

广东省中医院大德路总院

出院诊断书

流水号: A0001635002

姓名: 黄民赞 性别: 男 年龄: 17岁 住院号: 0452661

入院日期: 2023年07月31日 入院科室: 大院血液科

出院日期: 2023年08月01日 出院科室: 大院血液科

出院诊断: 1. 造血干细胞移植状态 (弟供兄, A供A, 全相合) (Z94.800x012)
2. B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤 急性白血病 (C91.000x009)
3. 中枢神经系统白血病 急性白血病 (C94.700x004)

医生建议:

详见出院记录。

医师签名:

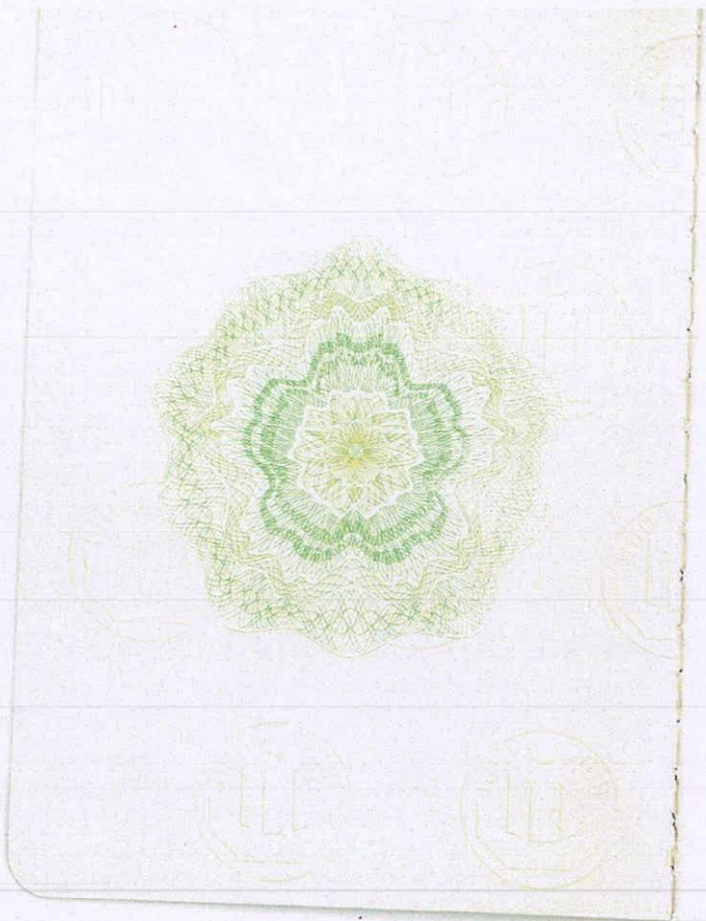
林双



日期: 2023年8月1日



诊疗专用章



核发单位: 和平县

发证日期: 2005-11-15

户主姓名: 黄民赞

身份证号码: 440222195501150011

低保证编号: 01010101010101010101



户主姓名	黄民赞	性别	男
出生年月	2005-11-15	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	广东省广州市天河区		
户籍地址	广东省广州市天河区		
低保资金 发放账号	440222195501150011		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	黄民赞	本人	0

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:
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:

