

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: 2023507

申请日期: 2023 年 8 月 13 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	黄泽飞	男	2021.9.21		[REDACTED]	广东 [REDACTED]
	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	
	急性髓系白血病		珠江医院		30万元	
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
	黄敏全	男	35	父子	散工, 3000元/月	[REDACTED]
	陈淑娟	女	31	妻子	无业, 带小孩	[REDACTED]
申请救助理由		患儿黄泽飞 2023.3.确诊急性髓系白血病在珠江医院儿 科住院, 做了4个疗程在2023.7移植细胞, 报销后用了 10多万接下来还继续治疗, 预计还需要20万元 实在难以承担儿子的治疗费用 因此申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄敏全 2023 年 8 月 13 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性髓系白血病-化疗后骨髓造血细胞移植. 后续费用约11万。 医师签名: [REDACTED] 2023 年 8 月 13 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 3000 元。 (大写: 叁 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: [REDACTED] 2023 年 8 月 29 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): 高咏红 2023 年 9 月 11 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:	黃澤飛	性別:	男	年齡:	2
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），将作为黃澤飛的治疗费用。

受助人（监护人）：陳淑媚

电 话：[REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：——

电 话：——

经办人：周其翔

电 话：13822279353

日 期：2023年9月19日

诊断证明书

姓名：黄泽飞

科室：小儿血液科病区

床号：207

ID号：4781110

住院号：834484

科别：小儿血液科病区

入院日期：2023年07月05日

出院日期：2023年08月10日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 急性髓系白血病（AML-M7，NUP98-KDM5A；RB1-DTNBP1）；2. 造血干细胞移植状态；3. 牙龈炎；
4. B群沙门菌肠炎；5. 化疗后骨髓抑制；6. 脓毒血症；7. 低钠血症

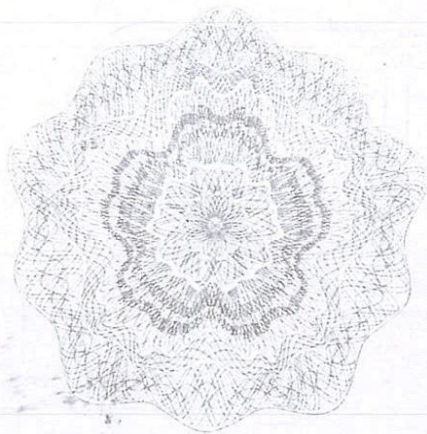
处理意见：住院治疗。

医生签名：



日期：2023年08月10日

签发单位：（盖章）



户主

照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 茂名市茂南区民政局

发证日期: 2023年08月

户主姓名: 黄敏全

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: 同上

户主姓名	黄敏全	性别	男
出生年月	1988年08月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5
居住 地址	[REDACTED]		
户籍 地址	[REDACTED]		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈淑媚		
	黄泽飞		
	[REDACTED]		
	[REDACTED]		

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:

