

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

2023518温暖1577号

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	唐浩恩	男	2014年10月		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		
	(CYBB)基因突变慢性肉芽肿病	广州市中山大学孙逸仙纪念医院		30万元		
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
	唐仕接	男	40	父子	农民工	
	陈婕	女	31	母子	务农	
申请救助理由	两个儿子先后患基因突变慢性肉芽肿病,哥哥浩玮在2021年12月已完成造血干细胞移植。今年5月,弟弟浩恩也确诊慢性肉芽肿病,要通过造血干细胞移植改变免疫功能治疗,奈何已无力承担巨大医疗费用,现向广东公益恤孤助学促进会申请救助。请求批准,衷心感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人家长(监护人)签名: 陈婕 2023年 7 月 18 日					
调查意见	情况属实。 调查员人签名: 梁丹 2023年 7 月 19 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万捌仟元整 负责人(签名): 高咏儿 2023年 7 月 9 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(以上资料均可为复印件)。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

病童姓名:	唐浩恩	性别:	男	年龄:	8
病种:	(CYBB)基因突变 慢性肉芽肿病	治疗医院:	广州市中山大学孙逸仙纪念医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 18,000 元（大写：人民币壹万捌仟元整），将作为唐浩恩的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈婕

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

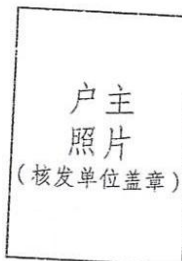
日 期: 2023年 7月19日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:唐浩恩 性别:男 年龄:8岁 科室:儿科二区(综合专科) 床号:02 住院号:1224306

姓名:唐浩恩	住院号:1224306	出生地:广东省
性别:男	年龄:8岁	科室:儿科二区(综合专科)
入院日期:2023年05月22日 10时	出院日期:2023-06-06	
临床诊断:肺炎;X连锁慢性肉芽肿病(CYBB c.925G>A(p.E309K));EB病毒感染		
治疗意见:患儿确诊慢性肉芽肿病(CYBB基因突变),建议择期行造血干细胞移植术治疗,已完善HLA配型,儿童血液移植专科随诊。余见出院小结。		
记录日期:2023-06-06 11:07	医生: 欧振强 谢和台	



核发单位: 罗定市民政局

发证日期: 2021年7月1日

户主姓名: 唐仕接

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	唐仕接		性别	男
出生年月	1983年11月		职业	
医保卡号			家庭人口	6
居住地址				
户籍地	市 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
	陈婕	妻子		
		儿子		
		女儿		
		女儿		
	唐洁恩	儿子		

家庭成员照片

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

