

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023582温暖1586号.

申请日期: 2023年11月23日

病童资料	姓名	张邦祖		性别	男	
	出生年月	2012.2.13		身份证号码	[REDACTED]	
	户籍所在地	广东省 [REDACTED] 市 [REDACTED] 区/镇				
	购买保险情况			☒ 新农合 报销比例: ____% ☐ 城镇居民 报销比例: ____% ☐ 商业保险 报销比例: ____% ☐ 其他____保险 报销比例: ____% ☐ 无		
	是否残疾	☐ 是 ☒ 否	残疾类型&级别		—	
	所患疾病	重度地中海贫血		确诊时间	2014.10.22	
病童直系亲属资料	治疗医院	广州市妇女儿童医院		预估总费用	40万	
	住院号	20310190		ID号	—	
	父亲姓名	张廷战	年龄	42	联系电话	[REDACTED]
	是否残疾/患病	☐ 是 ☒ 否	残疾/患病类型	—	残疾级别	—
家庭人员 & 经济状况	母亲姓名	卢雪梅	年龄	44	联系电话	[REDACTED]
	是否残疾/患病	☐ 是 ☒ 否	残疾/患病类型	—	残疾级别	—
	抚养18岁以下儿童数量	1名		固定资产	0套房子 0辆摩托 0辆小车	
	家庭年度收入(不含政府补贴)	2.5万元		家庭困难类型	☐ 村居委开具困难证明 ☐ 街镇开具困难证明 ☐ 困境儿童证明 ☒ 低保证明、低收入(低保边缘)证明、孤儿或事实孤儿证明	

申请救助理由	(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需求等方面进行说明。) 我的孩子张邦祖,从2岁确诊为重度地中海贫血,开始每月都奔波在输血和排铁的路上,使并不富裕的家庭走向了困难重重,每月费用在3至5千元,现家中有一个小孩正在上学和一位老母亲要照顾,生活费每月要2千元左右,现在接到广州妇女儿童医院通知,有合适的肾髓源要接受移植手术,后续费用要40万以上。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>张廷占</u> 2023年11月23日
医院填写	疾病诊断及治疗(预估费用): 1. 重型地中海贫血 拟行造血干细胞移植。 医师签名: <u>丁文毅</u> 2023年11月29日 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: <u>贰</u>万<u>仟</u>佰<u>拾</u>元<u>角</u>分) 负责人签名: <u>王卫华</u> 2023年11月29日
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>¥13,000.00</u> 元。 (大写: <u>壹</u>万<u>叁</u>仟<u>零</u>佰<u>零</u>拾<u>零</u>元<u>零</u>角<u>零</u>分) 负责人签名: <u>马琳</u> 2023年12月4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: 张邦祖 性别: 男 年龄: 11岁
病种: 重度地中海贫血 治疗医院: 广州妇女儿童医院

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), 将作为张邦祖的治疗费用。

受助人 (监护人): 张廷战

电 话: 13822279353

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11月22日

广州市妇女儿童医疗中心

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（病假建议书）

流水号： 20230707Y08373

姓名: 张邦祖 性别: 男 年龄: 11岁 卡号: 4401000021206749

诊断: 重型β型地中海贫血, 脾术后,

诊断备注:

医嘱及建议: 有合适供者（非亲缘），拟行造血干细胞移植术。术后予抗感染、抗移植植物抗宿主病等治疗，输注静脉注射用人免疫球蛋白，定期复查。预计费用约40万元。

病区: 儿血液肿瘤(日间)



刘莎

2023-07-07

注:

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。

户主姓名	张廷战		性别	男	职业	
出生年月	1981.11		健康状况		月收入	
现住址						
户籍所属	[模糊]县(市) [模糊]镇(街道) [模糊]村(居)委					
原工作单位						
离职时间		家庭人口	5	家庭月收入		
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入	备注	
	郭桥梯	父母				
	卢雪梅	妻				
	张邦组	子				
	[模糊]	子				

家庭类别	农业	当地低保标准	
核定户月救助	元, 从 2017 年 9 月至 2017 年 9 月		
复审机关(盖章)	[模糊]		
领取低保金登记			
年 月 日	金额(元)	本人签章	
2017.9	1050.00	[模糊]	
合 计			

家庭类别	农村低保	当地低保标准	704.00
核定户月救助	元, 从 2017 年 7 月至 2017 年 7 月		
复审机关(盖章)	[模糊]		
领取低保金登记			
年 月 日	金额(元)	本人签章	经办人
2017.7.17	1955.00	[模糊]	[模糊]
合 计			

家庭类别		当地低保标准	
核定户月救助	元, 从 年 月至 年 月		
复审机关(盖章)			
领取低保金登记			
年 月 日	金额(元)	本人签章	
合 计			

