

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2024012

申请日期: 2023 年 11 月 8 日

病童资料	姓名	方子煜	性别	男
	出生年月	2021.9	身份证号码	
	户籍所在地	广东省 广州市 区/镇		
	购买保险情况		☒ 新农合 报销比例: 40% ☐ 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	转氨酶升高、脾肿大、肝硬化	确诊时间	2023.5
	治疗医院	广州市妇女儿童医疗中心	预估总费用	100万
病童直系亲属资料	住院号	20304964	ID 号	——
	父亲姓名	方汉金	年龄	34
	是否残疾/患病	☐ 是 ☒ 否	残疾/患病类型	——
	母亲姓名	吴慧珊	年龄	33
家庭人员 & 经济状况	是否残疾/患病	☐ 是 ☒ 否	残疾/患病类型	——
	抚养 18 岁以下儿童数量	5 名	固定资产	0 套房子 无 0 辆摩托 0 辆小车
	家庭年度收入 (不含政府补贴)	3.6万. 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。) 尊敬的基构领导：本人因家庭经济状况困难，家父患有尿毒症，现在老家医院接受治疗，每月需要花费不少费用。小儿又患了神经节神经母细胞瘤，在广州妇幼接受治疗，也是需要花费大额医疗费用。本人已无力支付后续医疗费用。望有关单位领导给予帮助，救救这个家。好人一生平安。感谢！！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：方以金 2023 年 11 月 08 日
医院填写	疾病诊断及治疗（预估费用）： 诊断：转移性神经节神经母细胞瘤 治疗：手术、化疗、放疗。 预估费用：130万 医师签名：谭天宝 2023 年 11 月 08 日 建议给予医疗救助金_____元。 (大写：贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名：王宝珍 2024 年 1 月 4 日
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥15,000.00 元。 (大写：壹万 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名：高凯 2024 年 1 月 8 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: 方子煜. 性别: 男. 年龄: 2岁.

病种: 神经母细胞瘤. 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区

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), 将作为方子煜的治疗费用。

受助人 (监护人): 方双金.

电 话: [REDACTED]

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: 2024 年 1 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：方子煜 性别：男 年龄：2岁1月 科别：肿瘤外科二组(珠) 床号：001 住院号：20304964

诊断：

为肿瘤化学治疗疗程

医嘱及建议：患儿2023-11-06于我科住院治疗，特此证明。

医师签名：

谭云

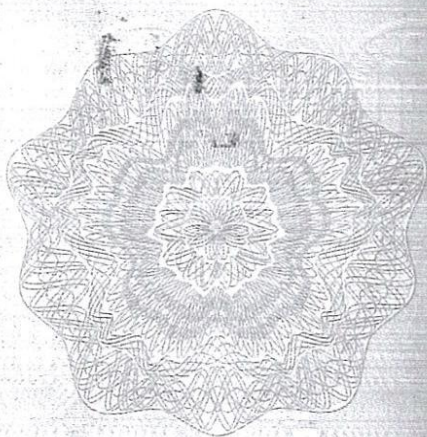
日期：2023-11-09 14:56:13

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。





核发单位: 惠来县

发证日期: 2023-07-03

户主姓名: 吴慧珊

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	吴慧珊	性别	女性
出生年月	1991-07-22	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	9
居住 地址			
户籍 地址			
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	吴慧珊	本人	0
	方汉金	配偶	3015
	方子煜	子	0
	方梓涵	女	0
	方子悦	女	0

方梓瀚 女 0

方子婷 女 0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	方永龙	父母	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:	

