

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表 (媒体推荐)

编号: 2024016 温暖1615号

申请日期: 2024年1月4日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	乔羽琪		女	2016年4月8日	[REDACTED]		[REDACTED]	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	急性淋巴细胞白血病		广东省广州市 孙逸仙纪念医院	2023年6月8日	50万	1227072	—	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 _____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%	<input type="checkbox"/> 无		
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>1</u> 名;			
	父亲	母亲	母亲	母亲	2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>无</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			

申请救助理由 (请详细描述)

(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。)

我女儿乔羽琪于2023年6月8日被确诊为(急性淋巴细胞白血病),现救治于广州市孙逸仙纪念医院血液肿瘤科)诊断后孩子就进行住院治疗,初期上化疗后反复发烧感染,不断的输血,输血小板,做腰穿骨穿,每天要口服5、6种药物,高昂的治疗费压的我这个单亲妈妈透不过气,因为孩子的病情需要特殊护理,所以我这个妈妈也失去了工作,幼小的孩子躺在医院需要大把的治疗费(基因外送,化疗昂贵的药品都靠亲朋好友的帮助,万般无奈,我只求助社会给予孩子帮助,能让孩子完成最后一个疗程,现在是治疗的關鍵时本人保证上述情况完全真实。刻,后续治疗费用还是未知数!只有一点希望我也不会放弃,万分感谢能给予孩子帮助。

申请人签名: 何艳艳 2024年1月4日

调查意见

情况属实.

调查员签名: 周基翔 2024年1月12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: 高晓心 2024年1月15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: 乔羽琪 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为乔羽琪的治疗费用。

受助人 (监护人): 佟艳艳

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

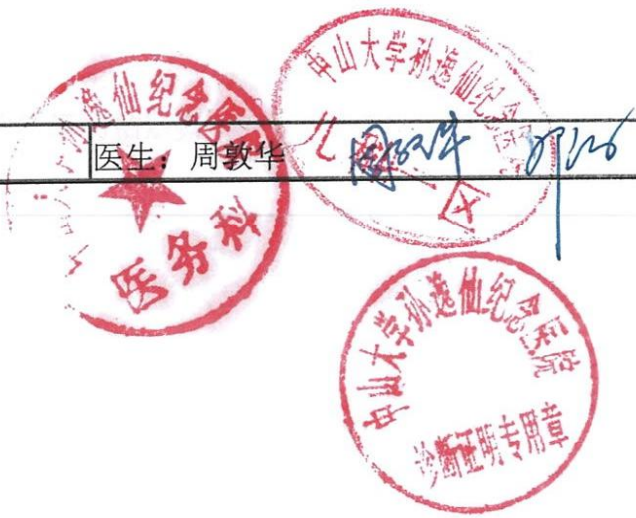
日 期: 2024年1月16日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:乔羽琪 性别:女 年龄:7岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:06 住院号:1227272

姓名: 乔羽琪	住院号: 1227272	出生地: 吉林省
性别: 女	年龄: 7岁	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2023年11月29日 15时		出院日期: 2023-12-08
临床诊断: 急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, IR, CR, 伴TEL/AML1融合, ETV6、BRCA2、KRAS突变, SHOX、CRLF2、CSF2RA、IL3RA、P2RY8扩增)		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2023-12-08 20:04	医生: 周敦华	



8505219

吉林省最低生活保障证

吉林省民政厅监制

家庭编号: [redacted]

家庭类别: _____

保障类别: _____

家庭住址: [redacted]

发证机关: [redacted]

发证日期: 2024年 11月 2日



户主及成员姓名	性别	年龄	与户主关系	身份证号	保障类型
李丽娟	女		二女	[redacted]	低保

备注: 1. 家庭类别按依据家庭实际情况划分A、B、C三类。
 2. 保障类别按城市低保或农村低保。
 3. 保障类型按重点对象或一般对象。

