

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: 2024050信息时报NO.2287

申请日期: 2024年 2月 / 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	蓝慧铭		女	2021.08.01	[REDACTED]		江西省...
	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
	神母细胞瘤	中山大学 孙逸仙纪念医院	2023.4.8.	100万	1215512	—	<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 checked="" type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 _____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%	<input checked="" 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</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		
	父亲	蓝德焯 37	正常	[REDACTED]			
母亲	韩梅 39	正常	[REDACTED]				
申请救助理由(请详细描述)	<p>(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。)</p> <p>女儿: 蓝慧铭, 出生于2021年8月1日, 是我夫妻结婚13年试管三次才生下的唯一女儿, 三次试管让我们已负债, 但看到女儿平安降生, 有了对生活充满希望, 2023年3月2号, 女儿突然发烧, 右侧脸部肿大, 就去当地医院检查, 都说是腮腺炎, 一直没有好转, 2023年4月3日, 在孙逸仙纪念医院初步诊断为神经母细胞瘤高危, 医生建议马上化疗, 化疗中, 杭州医科大学附属医院手术, 到现在为本人保证上述情况完全真实。 也还在医院进行化疗, 后续还得进行移植, 免化疗, 无奈申请援助, 望批准。</p> <p>申请人签名: 韩梅 2024年 2月 1 日</p>						
调查意见	<p>情况属实。</p> <p>调查员签名: 周基翔 2024年 2月 4 日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ <u>15000</u> 元 (大写: <u>壹万伍仟伍佰零拾元零角零分</u>)</p> <p>负责人签名: 梁桂华 2024年 2月 5 日</p>							



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: 藍慧銘 性别: 女 年龄: 2岁6个月
病种: 神经母细胞瘤 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 蓝慧铭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 藍彥煥

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年2月21日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:蓝慧铭 性别:女 年龄:2岁3月22天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:23 住院号:1215512

姓名: 蓝慧铭	住院号: 1215512	出生地: 江西省
性别: 女	年龄: 2岁3月22天	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2023-11-23 19:51	出院日期: 2024-01-03	
出院诊断: 神经母细胞瘤返院化疗(4/M期, 右肾上腺伴下颌骨、淋巴结、眼眶、多发骨、骨髓转移); 肺炎; 化疗后骨髓抑制IV度; 鼻-鼻窦炎; 蛋白质-能量营养不良; 体重低下(重度); 生长迟缓(重度); 消瘦(重度)		
出院医嘱: 详见出院小结。		
记录日期: 2024-01-03 11:50	医生: 彭晓敏	



证 明

兹有我村崆上组村民蓝德焕，男，身份证号：[REDACTED]
系我村低保贫困户，因小孩患病，导致家庭生活困难，望贵单位给予
救助。

特此证明



