

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024059

申请日期: 2024年 2月 21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周浩宇		男	2012. 3. 5	[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		广州市妇女儿童医疗中心	2023. 12. 19	70万	20329454	/	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input 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 70%	<input 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; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	周炳辉	31	良好	[REDACTED]			
	母亲	李水珠	24	良好	[REDACTED]			
申请救助理由 (请详细描述)	因周浩宇一直都有语言障碍, 一直以来花费不少资金, 现又患有急性淋巴细胞白血病, 需要化疗, 资金花费更大, 这些年来都有干预语言障碍, 由于父母工作都不稳定, 收入低, 现于申请广东公益恤孤助学促进会重症病童救助, 望申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李水珠 2024年 2月 21日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病 (DEK: MUP>14 融合基因 B1+4, 高起) 按 CALS - 四期 2018 年化疗, 加用索拉非尼靶向治疗, 评估包量给解行造血干细胞移植。 医师签名: 何映澄 2024年 2月 18日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>2</u> 万 <u>2</u> 千 <u>1</u> 百 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2024年 2月 23日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元 (大写: <u>壹</u> 万 <u>0</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 姜峰 2024年 2月 26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：周浩宇

性别：男

年龄：11岁

病种：急性髓系白血病

治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为周浩宇的治疗费用。

受助人（监护人）：唐水珠

电话：[REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：_____

电话：_____

电话：_____

经办人：周基研

电话：13822279353

日期：2024年2月27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: 周浩宇 性别: 男 年龄: 11岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 015 住院号: 20329454

诊断: 急性髓系白血病 M4 (DEK::NUP214融合基因阳性, 高危)

医嘱及建议: 于2024. 1. 19至今在我院血液肿瘤科住院治疗, 骨髓完全缓解后尽快进行造血干细胞移植。

医师签名:  / 郑晴晴 / 卢华华

日期: 2024-02-19 10:40:19



- 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。

茂名市茂南区羊角镇南香村民委员会

电话：0668-2881152

邮编：525032

证明

兹证明儿童周浩宇，男，身份证号码 [REDACTED]
家庭住址 [REDACTED] 其
患有急性髓系白血病，目前正在住院治疗。周浩宇所在家庭父母
亲以务农为生，收入低，周浩宇医疗压力巨大，家庭生活困难，
正在申办最低生活保障。

特此证明



