

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: 2024089

申请日期: 2024年3月11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许铨昕		女	2015.12	[REDACTED]		广东省 [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年9月25日	50元	20320108	100000913141	<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 55%	<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>3</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 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	许伟健	32	良好	[REDACTED]			
	母亲	谢云云	32	良好	[REDACTED]			
申请救助理由 (请详细描述)	<p>我们家里一共有5口人, 1个劳动力, 2个读书, 目前家里只有孩子爸爸一个人打零工, 平时照顾家用外, 现在有一个孩子患了白血病, 接下来治疗时间要两年多, 花费高昂, 家里都无力承担, 希望广东公益恤孤助学促进会给予帮助. 感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢云云 2024年3月11日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞的白血病, 费用约30元							
	医师签名: [REDACTED] 2024年3月11日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ _____ 元 (大写: <u>贰万</u> 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分) 负责人签名: 何瑞雯 慈善基金审批专用章 2024年3月12日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: <u>贰万</u> 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分) 负责人签名: 高凯 2024年3月18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: 许铎昕 性别: 女 年龄: 8岁

病种: 急性淋巴细胞白血病 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为许铎昕的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢云云

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3月20日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 许铎昕 性别: 女 年龄: 8岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 44 住院号: 20320108
(增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 (T细胞, 中危) 2. 为肿瘤化学治疗疗程

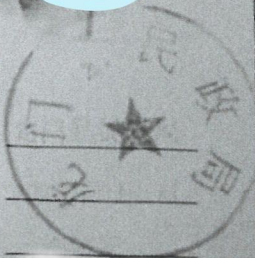
医嘱及建议: 患儿于2024. 03. 10至2024. 03. 11在我院血液肿瘤科 (增) 住院治疗。

医师签名: 刘海艳/易鹏

日期: 2024. 03. 11

- 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: _____
 发证日期: _____
 户主姓名: _____
 身份证号码: _____
 低保证编号: _____

户主姓名	性别		
出生年月	民族		
社保卡 (医保卡) 号码	家庭人口		
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

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:
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:

