

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：2024092

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		
	罗成	男	2020年01月06日		广东		
	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
	伯基特淋巴瘤	广东省广州市增城区妇幼保健院	2024.2月	500000元	60078690	100000218502	<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 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>2</u> 名；		
	父亲 罗杰	33	肝切除		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>10000</u> 元		
	母亲 梁家琪	21	产后身体虚弱 在家带两个孩子		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		
申请救助理由（请详细描述）	<p>本人罗杰，家庭成员有4人 妻子梁家琪 大儿子罗成 小儿子罗奕聪， 本人2023年4月16日在肇庆市第一人民医院做了肝肿瘤切除手术花费5万 6月中佑脚肿物切除 现在复查都没时间去看病。2024年2月17日大儿子罗成到检查出淋巴瘤（伯基特） 本人现在广州市妇女儿童中心带儿子治疗。本人在2023年11月才能出去工作。刚好做两个月 孩子就发生意外。妻子在生第一胎低胎盘前置。三次大出血花费以经十万。身体也虚弱也 在家带两个孩子。我是家中唯一一桶支柱。现在大儿子要照顾治疗。本人无法工作。目前花费十万 本人保证上述情况完全真实。 后期还要化疗多次。十分困难 巨大费用难以承担 申请人签名：罗杰 2024年3月11日 申请救助</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 伯基特淋巴瘤，费用共计303元。						
	医师签名：阮XX 2024年3月11日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000.00</u> 元（大写：贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：何瑞霞 2024年3月12日						
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ <u>20000.00</u> 元（大写：贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：高XX 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:	罗成	性别:	男	年龄:	4岁
病种:	伯基特淋巴瘤 胰腺积液	消化道出血	治疗医院:	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 增城院区	

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），将作为罗成的治疗费用。

受助人（监护人）：罗杰

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21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: 罗成 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 (增) 床号: 15 住院号: 60078690

诊断: 1. 伯基特淋巴瘤, 待查 2. 消化道出血 3. 腹腔积液 4. 胸腔积液

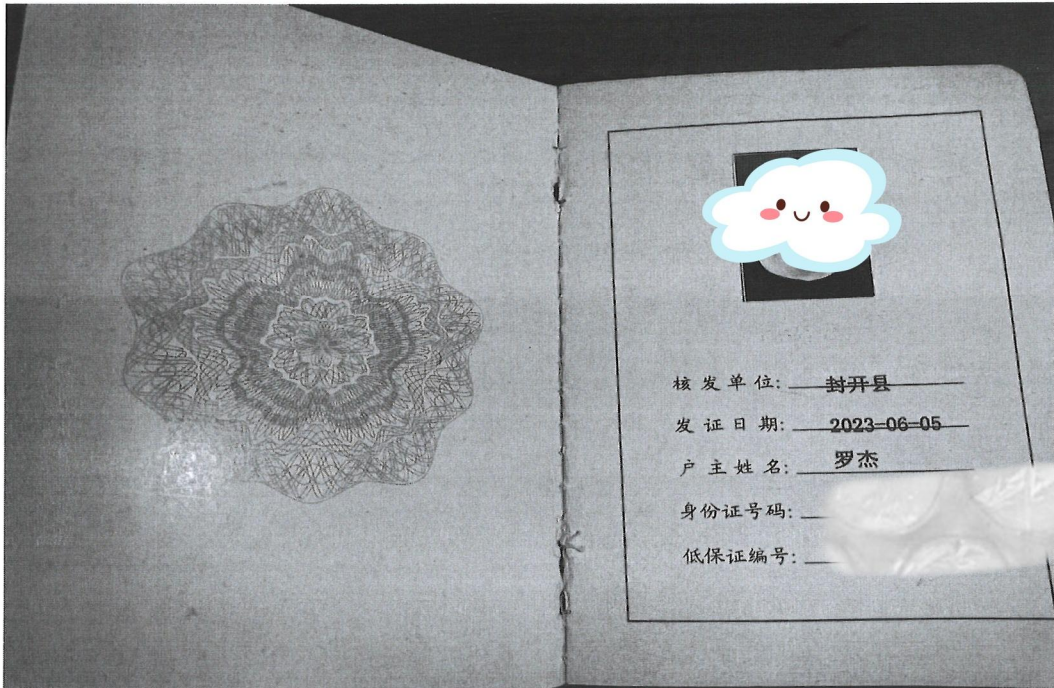
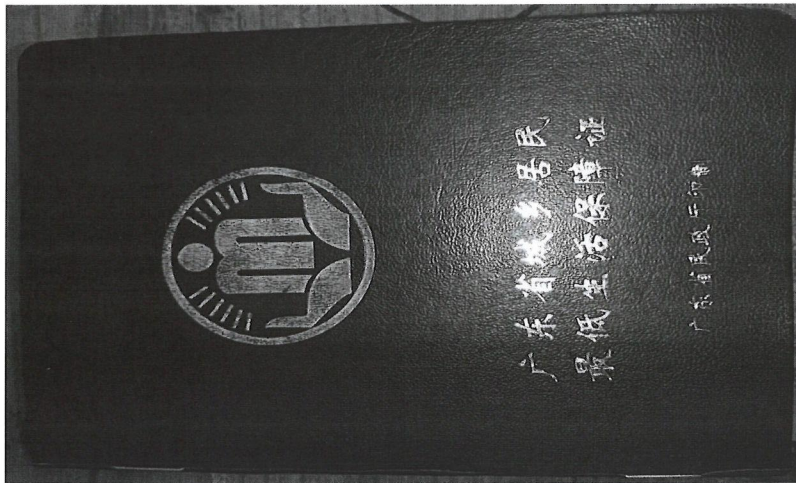
医嘱及建议: 患儿于2024. 2. 9-2. 13 血液肿瘤科 (增), 2024. 2. 14-2. 16 PICU (增), 2024. 2. 19 -2. 20肿瘤外科 (增), 2024. 2. 20-2. 21 PICU (增), 2024. 2. 22-3. 8 血液肿瘤科 (增) 住院治疗。

医师签名:  /郑晴晴/黄佳妮

日期: 2024. 03. 08

- 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。





户主姓名	罗杰	性别	男性
出生年月	1991-09-18	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	4
居住地址	[redacted]		
户籍地址	[redacted]		
低保资金 发放账号	[redacted]		
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	罗杰	本人	1180
	宾家琪	配偶	2000
	罗成	子	0
	罗奕聪	子	0

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: _____

