

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: 2024/03

申请日期: 2024年3月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈家泳	女	2014.3.15		广州市		
	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
	重型地中海贫血	广州妇女儿童医疗中心	2017.7	60万-70万	20316293	—	<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 75%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3-4万 元 3、固定资产: 1套房子; 0 辆摩托车; 0 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	陈绍银	46	健康		
	母亲	潘秀芳	43	健康		

申请救助理由(请详细描述):
 患女儿陈家泳于2023年11月26日在广州市妇女儿童医疗中心进行造血干细胞移植术后出现腹痛腹泻, 现仍在此医院接受治疗, 家庭经济来源微薄, 实在难以支撑后续巨大的医疗费用。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 潘秀芳 2024年3月11日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 移植后病毒感染(中度) 2. 感染性肺炎 3. 支气管肺炎(真菌?) 4. 造血干细胞移植状态 5. 重型β地中海贫血 预估60万
	医师签名: 丁焱 2024年3月11日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ _____ 元(大写: 贰万 贰千 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何颖雯 2024年3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 伍千 零 拾 元 角 分)
 负责人签名: 马晓红 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: 陈家泳 性别: 女 年龄: 10
病种: 重型地中海贫血 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为陈家泳的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘秀芳

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26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: 陈家泳 性别:女 年龄:9岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号:006 住院号: 20316293

诊断:1. 移植物抗宿主反应IV度 2. 感染性休克 3. 支气管肺炎真菌? 4. 造血干细胞移植状态 5. 重型β型地中海贫血 6. 血栓性微血管病

医嘱及建议: 患儿于2024.01.14至今于我院血液肿瘤科住院治疗, 患儿病情危重, 需继续住院治疗。

医师签名: 丁文斌 / 孙天

日期: 2024年03月



- 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。

证 明

兹有我村村民陈家泳（女，身份证号码
[REDACTED] 于 2023 年 11 月 26 日在广州市妇女儿童
童医疗中心，进行造血干细胞移植术后出现腹痛、腹泻，现
仍在该医院接受治疗，该村民家庭经济来源微薄，实在难以
支撑后续巨大的医疗费用，该家庭比较困难，情况属实，特
此证明。

凤凰村村民委员会

2024 年 2 月 29 日



