

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: 202421

申请日期: 2024年4月17日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	男	2010年3月5日		广东省云浮市		
	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
	急性淋巴细胞白血病	中山大学孙逸仙	2023年6月1日	30万左右			<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 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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>15000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u> </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	陈	49	健康		
	母亲	梁	47	残疾		

申请救助理由(请详细描述):
 本人一家四口人只有我一个劳动力,我妻子早年残疾兼每个星期要透析3次病人,现在儿子又患白血病,对本来不富裕的家庭雪上加霜,经济困难特此申请。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 陈 2024年4月17日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿确诊“急性淋巴细胞白血病”,现需住院化疗,预计总费用30万元。
	医师签名:	林伟吟 2024年4月18日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3</u> 万 <u> </u> 仟 <u> </u> 佰 <u> </u> 拾 <u> </u> 元 <u> </u> 角 <u> </u> 分)
	负责人签名:	林伟吟 2024年4月18日

广东公益恤孤助学促进会意见:
 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分)
 负责人签名: 高晓 2024年4月29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 [redacted]	性别: 男	年龄: 14
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周其明

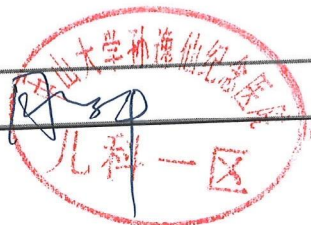
电 话: 13822279353

日 期: 2024年5月7日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:陈 性别:男 年龄:14岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号:

姓名:陈	住院号:	出生地:广东省云浮市
性别:男	年龄:14岁	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-04-07 16:30	出院日期:-	
出院诊断:1、急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, HR, CR, 伴IKZF1 (外显子4-7)缺失)		
出院医嘱:继续住院治疗		
记录日期:2024-04-18 09:05	医生:周敦华	

户主姓名	梁	性别	女	
出生年月	1977年07月	职业		
医保卡号		家庭人口	4	
居住地址	罗定市			
户籍地	云浮市 罗定市 委 () 乡镇 (街)			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	陈	丈夫		
	陈	儿子		
	陈	女儿		

-1-

核发单位: 罗定市民政局
 发证日期: 2014年6月23日
 户主姓名: 梁
 身份证号码:
 低保证编号:

户主
 照片
 (核发单位盖章)

