

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）

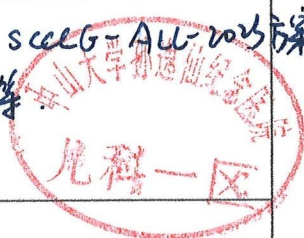
编号: 2024212

申请日期: 2024年4月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	余	女	2020.09.10		广东广州市		
	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
	急性淋巴细胞白血病	中山大学孙逸仙纪念医院	2024.10.16	20万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民	<input type="checkbox"/> 商业保险	<input type="checkbox"/> 其他保险	<input type="checkbox"/> 无	残疾类型和级别:	
		50%					

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>30000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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	余	27	健康		
	母亲	刘	21	健康		

申请救助理由(请详细描述):
 因女儿余 在2024年10月确诊为急性淋巴细胞白血病(B型)。父母双方均辞去工作在医院照顾,现已半年无任何收入,并花光了所有积蓄。家中有一位老人需要赡养,希望贵单位给予相关救助。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 刘 2024年4月16日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“急性B淋巴细胞白血病”,目前按 ALL-2015方案化疗,同时治疗相关并发症等,预计总费用数十万不等。 医师签名: 周 2024年4月 日	
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3万</u> 元) (大写: <u>3</u> 万 <u>一</u> 千 <u>一</u> 百 <u>一</u> 拾 <u>一</u> 元 <u>一</u> 角 <u>一</u> 分)	
	负责人签名: 林伟吟 2024年4月17日	

广东公益恤孤助学促进会意见:
 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万五千 元) (大写: 壹 万 五 千 一 百 一 拾 一 元 一 角 一 分)
 负责人签名: 郭 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: 余 [redacted] 性别: 女 年龄: 3
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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为余 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 余 [redacted]

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5月7日

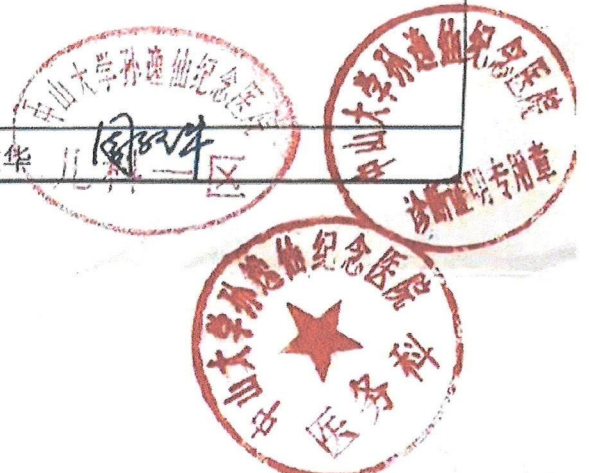
【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:余[] 性别:女 年龄:3岁6月29天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: [] 住院号: []

姓名:余[]	住院号: []	出生地:广东省梅州市[]
性别:女	年龄:3岁6月29天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-04-08 18:55	出院日期:-	
目前诊断:急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, IR, CR, 伴CRLF2/P2RY8融合及FLT3、KMT2D、SPI1突变)		
出院医嘱:继续住院治疗中。		
记录日期:2024-04-12 11:22	医生:周敦华 []	



证 明

兹有我社区居民：余 [REDACTED]，性别：男，身份证号码 [REDACTED]，现居住于梅州市 [REDACTED] [REDACTED]。因其女儿余 [REDACTED]（身份证号码： [REDACTED]）患急性淋巴细胞白血病住院需要人照顾，目前其本人及妻子刘 [REDACTED]（身份证号码： [REDACTED]）均已辞职在医院陪护，暂无经济来源。家里还有两个老人需要赡养，生活比较困难。希望贵单位给与相关救助，请贵单位给与支持为盼！

此证明仅用于申请重症贫困救助使用。

特此证明！

梅县区新城办西桥社区

2024年4月7日



逸仙纪念医院
HOSPITAL SIN YAT SEN UNIVERSITY
王 健
一级护理
梅 / 唐冬燕
失
食 防脱管

★ 严禁烟火
★ 请勿在设备上放物品
★ 请保管好贵重物品
★ 医用电源 非工作人员勿用

