

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: 2024242

申请日期: 2024年 4月 18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	彭		男	2017.9			广东河源	
	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增城院区	2024.2.28	300000元			<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 <input checked="" type="checkbox"/> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 55000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	彭	37	健康				
母亲	何	30	健康					
申请救助理由 (请详细描述)	孩子确诊之后带他去看病没有经济来源,我老婆照顾小孩家庭主妇没有工作,现在小孩看病自付预计30多万,家庭难以承担全部治疗费用。 特此向基金会求助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2024年 4月 18日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病 (B-ALL 低危)。 前使用 ALL CCCG-2020 标准中, 预计 30万-50万费用。 医师签名: 郑咏晴 2024年 4月 19日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 2000 元 (大写: 贰仟元) (壹仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2024年 4月 23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 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 高敏 2024年 5月 13日								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名: 彭	性別: 男	年齡: 6
病種: 急性淋巴細胞白血病	治療醫院: 廣州醫科大學附屬婦兒童醫療中心(增城)	

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 15,000 元 (大寫: 人民幣壹萬伍仟元整), 將作為彭 治療費用。

受助人 (監護人): 鍾 彭

電 話: [Redacted]

見證人 (記者/志願者/捐贈方代表等): _____

電 話: _____

經辦人: 周學明

電 話: 138 22279353

日 期: 2024年5月15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: 彭 性别: 男 年龄: 6岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 住院号: (增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿于2024.02.24 至 2024.03.29在我院血液肿瘤科（增）治疗。

医师签名: /邱琳/黄佳妮

日期: 2024-03-29

- 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。



紫金县敬梓镇洋高村村民委员会

家庭情况说明

兹有我村 村民彭 ，男，身份证号码：
家庭年收入 55000 元，家庭人口 4 人，现
因其小孩彭 得了急性淋巴细胞白血病治疗需要花费 300000
元，因治疗费用较高，家庭收入低，难于承担患者的全部医疗费
用，情况属实。

特此证明



