

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：2024334

申请日期：2024年6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	
	余	女	2020.9.3	[Redacted]		广东省开平市	
	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	2024.2.7	350000	[Redacted]	[Redacted]	<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 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 60000 元 3、固定资产：1 套房子；1 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	余	33	健康		
	母亲	余	34	健康		

申请救助理由（请详细描述）：
 患儿者，家里还有一个5岁多的哥哥上幼儿园，奶奶又患上糖尿病多年，长期服用药物控制。爸爸2024年2月20日因故意伤害罪被判有期徒刑九个月，没有了经济收入，现在奶奶在医院照顾病者，只有母亲一人打工挣钱养家，家里困难，没钱治疗这么大的费用问题。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名：余 [Redacted] 2024年6月17日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患儿于2024-2-7在我院确诊急性淋巴细胞白血病（B），确诊 SCCG-AII 2023年确诊费用约30万。	医师签名：[Redacted] 2024年5月22日
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万零仟零拾零元零角零分）	负责人签名：杨奕 [Redacted] 2024年6月17日

广东公益恤孤助学促进会意见：
 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写：壹万仟佰拾元角分）
 负责人签名：[Redacted] 2024年7月1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岁9月
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广州中山大学孙逸仙纪念医院(北院)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为余 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）： [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

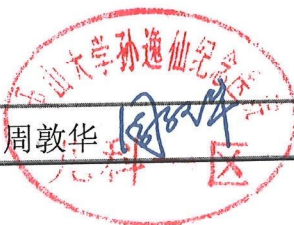
日期： 2024年7月3日

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12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
性别:女	年龄:3岁6月12天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-03-15 13:50		出院日期:2024-04-03
出院诊断:急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, IR, CR, 伴P16缺失, NRAS、CDKN1B突变); 化疗后骨髓抑制IV度; 化疗后粒缺伴发热		
出院医嘱:详见出院记录。		
记录日期:2024-04-03 11:05	医生:周敦华	



開平市三埠逕頭居委會

辦公電話:(0750)2213675 郵編: 529300

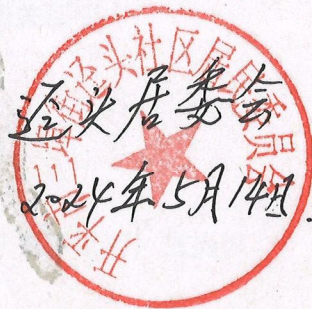
证明

茲有我居委會辖区村民

李某某 女 身份证号: [REDACTED]

家庭经济十分困难, 孙女余某某, 患重病, 需长期进行住院治疗, 费用昂贵, 为主要经济收入来源, 生活极度贫困, 情况属实。

特此证明



说明

银行

