

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: 2024413

申请日期: 2024年7月5日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	<u>梁</u>		<u>女</u>	<u>2018.12.1</u>	<u>[REDACTED]</u>		<u>江西</u>	
	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
	<u>转移性神经母细胞瘤</u>		<u>广州妇女儿童医学中心(增)</u>	<u>2022年12月</u>	<u>15万</u>	<u>[REDACTED]</u>	<u>[REDACTED]</u>	<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 <u>50</u> %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 商业保险 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 其他保险 <u> </u> %	<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>1</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>20000</u> 元 3、固定资产: <input checked="" type="checkbox"/> 套房子; <input checked="" type="checkbox"/> 辆摩托车; <input checked="" type="checkbox"/> 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	<u>梁</u>	<u>31</u>	<u>良好</u>	<u>[REDACTED]</u>			
	母亲	<u>岑</u>	<u>32</u>	<u>良好</u>	<u>[REDACTED]</u>			
申请救助理由 (请详细描述)	<p><u>患儿既往神经母细胞瘤病史,在我院按期接受了3次化疗,在本次化疗过程中,患儿出现严重骨髓抑制合并感染性休克,病情危重,转入PICU监护治疗,予对症支持,费用高昂,切勿要用的万,患儿家庭困难返贫,暂无经济能力,特求助。</u></p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>岑</u> <u>2024</u>年 <u>7</u>月 <u>5</u>日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):		<u>诊断: 1. 转移性神经母细胞瘤 2. 为肿瘤化疗所致 3. 化疗后骨髓抑制 4. 感染性休克 5. 贫血 预估费用15万以上</u>					
	医师签名:		<u>杨天佑</u> <u>2024</u> 年 <u>7</u> 月 <u>5</u> 日					
	医院意见 (盖章):		建议给予医疗救助金 <u>¥ 20000</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>零</u> 千 <u>零</u> 百 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: <u>何瑞雯</u> <u>2024</u> 年 <u>7</u> 月 <u>15</u> 日 					
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 <u>¥ 25,000.00</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>伍</u> 千 <u>零</u> 百 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)</p> <p>负责人签名: <u>苏晓</u> <u>2024</u>年 <u>8</u>月 <u>5</u>日</p>								



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: 梁[] 性别: 女 年龄: 5
病种: 转移性神经母细胞瘤 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心(增城院)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为梁[] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 岑 []

电 话: []

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8月6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: 梁 性别:女 年龄:5岁 科别: PICU(增) 床号: 住院号:

诊断:1. 颈部淋巴结继发恶性肿瘤 2. 为肿瘤化学治疗疗程 3. 化疗后骨髓抑制 4. 转移性神经节神经母细胞瘤
转移性神经节神经母细胞瘤 5.呼吸衰竭 6.脓毒血症 7.肺动脉高压 8.小肠套叠 9.肾积水（右肾）

医嘱及建议: 患儿2024-06-14开始在我院住院治疗, 现病情危重仍需住院治疗。

医师签名:

日期:



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

兹证明 梁 [REDACTED] (身份证号码: [REDACTED]),
家庭住址: [REDACTED],
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2023年03月01日

该证明开具日期为2024年04月08日, 自开具日期起有效期
为6个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	梁 [REDACTED]	[REDACTED]	04月	2023年03月01日
2	韦 [REDACTED]	[REDACTED]	04月	2023年03月01日
3	梁 [REDACTED]	[REDACTED]	04月	2023年03月01日
4	岑 [REDACTED]	[REDACTED]	04月	2023年03月01日
5	梁 [REDACTED]	[REDACTED]	04月	2023年03月01日
6	梁 [REDACTED]	[REDACTED]	04月	2023年03月01日

河池市宜州区三岔镇人民政府民政办 (盖章)

2024年04月08日



