

# 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: 2024432

申请日期: 2024年8月1日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	女	2015.3.4			广东省贺州市	
	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
	髓母细胞瘤	珠江医院	2024.3.8	30万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 _____%	<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	残疾类型和级别:

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>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>两万</u> 元 固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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	李	37	健康	
	母亲	黎	36	健康	

申请救助理由(请详细描述):  
 患儿李... 2024年3月8号确诊髓母细胞瘤. 在南方医科大珠江医院做完手术和放疗. 现在化疗中. 患儿父亲在医院照顾患儿没有收入. 患儿母亲在家照顾小孩和两个老人也没有收入. 现在该借的都借光了. 经济已经陷入困难. 实在难以承担后续的治疗费用.  
 本人保证上述情况完全真实.  
 申请人签名: 李... 2024年8月1日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	诊断: 髓母细胞瘤(II型, Group 4, HR). 大概花费20-30万
	医师签名:	张... 2024年8月1日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: <u>叁万零佰零拾元零角零分</u> ) 负责人签名: ... 2024年8月2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 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)  
 负责人签名: ... 2024年8月12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: 李	性别: 女	年龄: 9
病种: 骨髓母细胞瘤	治疗医院: 南方医科大学珠江医院	

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

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

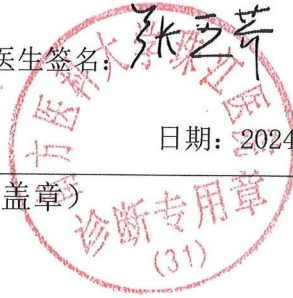
日 期: 2024年8月14日

诊断证明书



姓名: 李 科室: 小儿血液科病区 床号: ID号: 住院号:


科别: 小儿血液科病区	入院日期: 2024年07月31日 出院日期:
检查结果: 诊断意见: 1. 小脑髓母细胞瘤化学治疗 ; 2. 小脑髓母细胞瘤 (经典型, Group4, 延髓播散, 高危) 处理意见: 住院治疗。	
医生签名: 张之奇 日期: 2024年08月01日	

签发单位: (盖章)



# 证明

兹证明 李  (身份证号码: ,

家庭住址: 广西贺州市 )

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2024年04月01日

该证明开具日期为2024年07月29日, 自开具日期起有效期  
为 6 个月。  
—

贺州市八步区贺街镇政务服务中心 (盖章)





浙江大学医学院  
影像诊断科

DEPARTMENT OF RADIOLOGY ZHEJIANG HOSPITAL



姓名  
性别  
年龄  
病案号  
科室

BEST  
KID  
DRIVER

