

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: 2024493 申请日期: 2024 年 8 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	
	吴		男	2018 09 10			湖南萍源	
	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
	急性髓系白血病		珠江医院	2024.6.19.	30万			☐ 是 ☒ 否
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 7000 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: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	吴	35	三高		
	母亲	刘	1	健康		

申请救助理由（请详细描述）	家里全部收入来自于孩子父亲，孩子父亲 2023 年 7 月诊断出三高，需长期吃药，现小孩生病开销巨大，需要大量治疗费用，使经济紧张。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2024 年 8 月 18 日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 急性髓系白血病 (AML-ET ₀) (大概费用 30 万) 医师签名: 张 2024 年 8 月 18 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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024 年 8 月 19 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 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 2024 年 9 月 9 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: 吳 [redacted] 性别: 男 年龄: 5岁11个月
病种: 急性髓系白血病M2 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），将作为吳 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 刘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月10日

诊断证明书

姓名：吴 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06月19日

出院日期：

检查结果：

诊断意见：1. 急性髓系白血病

处理意见：住院治疗。

医生签名：

张立芹

日期：2024年06月24日

签发单位：（盖章）

No 0005529

证 明

兹有我村 村民吴子美，男，汉族，身份证
部号码，患有 急性髓系白血病M2
病，长期住院吃药治疗，现由 广州南方医科大学珠江
医院 治疗，要高额的治疗费用，现无经济来源，生活
和治疗费用困难，请贵单位协助为盼。

特此证明

经办人 吴子美

涟源市桥头河镇珠璜村民委员会

2024年7月24日



