

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: 2024501

申请日期: 2024年7月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	张		女	2017.12.7		广东省广州市天河区	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	地中海贫血		广州市儿童医院	2017.12.7	40~50万		
病童资料	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
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: 72000元	
	父亲	张	31	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 元	
	母亲	张	30	良好		3、固定资产: 套房子; 1 辆摩托车; 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	
申请救助理由(请详细描述)	小孩从出生就确诊重型地中海贫血, 7月大开始就定期进行输血和排铁, 长达6年之久, 终于迎来骨髓移植, 可高昂的医药费和后期复查的费用无法承担。						
	本人保证上述情况完全真实。						
	申请人签名: 张 2024年7月25日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 10/1. HLA相合无血缘亲外周血造血干细胞移植术后, 2. B-地中海贫血(重型)。继续抗感染及抗排斥治疗, 目前已在化疗中, 无法停药。						
	医师签名: 林伟吟 2024年7月30日 儿科五区						
	医院意见(盖章):						
	建议给予医疗救助金 ¥30,000 元(大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分)						
负责人签名: 林伟吟 2024年8月27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: 高 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: 张	性别: 女	年龄: 6
病种: 地中海贫血	治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院	

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月14日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明

姓名:张 性别:女 年龄:6岁3月25天 科室:儿科五区(过渡区) 床号:20 住院号:

姓名: 张	住院号: 1237271	出生地: 广东省茂名市信宜县(区)
性别: 女	年龄: 6岁3月25天	科室: 儿科五区(过渡区)
入院日期: 2024年04月01日 10时		出院日期: 2024-04-07
临床诊断: β -地中海贫血(重型)((-28/41-42双重杂合子))		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2024-04-07 10:05		医生: 黄科

证明

兹有我村委会坝心村村民张[REDACTED]，女，身份证[REDACTED]因大女儿得了重型地中海贫血住院要人照顾，已辞职在医院陪护。其丈夫在中山市坦洲镇[REDACTED]工作。家庭只有一个人工作收入，要赡养老人，还要抚养2个孩子，小儿子(3岁)现准备入读幼儿园。大女儿(6岁)因重度地中海贫血住院医疗费用较高，生活比较困难。希望贵单位给予相关救助，请贵单位给予支持为盼!

特此证明!

信宜市平塘镇罗排村民委员会

2024年7月22日



