

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: 2024507

申请日期: 2024 年 9 月 11 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2017.7			广东省湛江市	
	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
	X-连锁淋巴增生性病, 自身免疫相关性肝病		中山一院	2024.3	40万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 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;			
	父亲 张	38	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元			
	母亲 李	35	良好		3、固定资产: 1 套房子; 0 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			
申请救助理由(请详细描述): 2024年7月,小儿子因淋巴瘤在中山一院做骨髓移植,花费20多万,现在大儿子张确诊X-连锁淋巴增生性病,目前昏迷在儿童重症监护室抢救治疗,医生建议后期做造血干细胞移植,预估费用30-40万,家庭负担两个重症患儿,父母均无收入,为低保户家庭,恳请基金会审核评估予以救助,给我们家庭一些希望,感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2024 年 9 月 11 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊 X-连锁淋巴增生性淋巴瘤, 现昏迷状态在PICU抢救治疗, 后续预估费用约 40 万。							
	医师签名: 陈蔚 2024 年 9 月 11 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000.00 元 (大写: 叁 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 黄佳聪 2024 年 9 月 11 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 高晓儿 2024 年 9 月 23 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 [redacted] 性别: 男 年龄: 7

病种: X-连锁淋巴增生性疾病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月24日



姓名：张

科别：儿科二科

床号：

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：张

性别：男

年龄：7岁

出院科别：儿科二科

住院号：

入院日期：2024年08月09日 出院日期：2024年08月19日

出院诊断：1. X-连锁淋巴增生性疾病(SH2D1A基因突变), 2. 自身免疫性脑炎, 3. 结节性非化脓性脂膜炎, 4. 肺炎, 5. 颅内占位性病变(右侧侧脑室后角、体部、颞角、左侧侧脑室后角、第四脑室内及邻近室管膜下区脑实质内), 6. 脑电图异常, 7. 肺部结节, 8. 肝钙化灶, 9. 肥胖, 10. 视物模糊(ou), 11. 屈光不正(ou, 可能)

入院情况及诊疗经过：入院后继续口服强的松、MMF, 08-10起予特治星抗感染。排除禁忌症后2024-08-13全麻下行体表肿物切除术+静脉输液港植入术, 术程顺利。08-16起行甲强龙冲击治疗原发病(400mg/d, 3d), 过程顺利。现患儿一般情况可, 予出院。

医师：

廖志光 / 林文娟

2024年08月19日



核发单位：吴川市民政局
发证日期：2024/5/6
户主姓名：张
身份证号码：
低保证编号：

-1-

户主姓名	张	性别	男	
出生年月	1986年10月	职业	农民	
医保卡号		家庭人口	4	
居住地				
户籍地	市 县(市、区) 湛江 吴川 镇(街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	李	配偶		
	张	子		
	张	子		

-2-

家庭成员照片

核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

-3-

