

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: 2024513

申请日期: 2024年 9月 2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	肖		男	2016年6月7日			广东省中山市	
	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
	生殖细胞瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.5	25万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>35000</u> 元 固定财产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小汽车 3、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	肖	35	正常		
	母亲	肖	35	正常		

申请救助理由 (请详细描述):

我小孩肖... 于2024年5月在中山大学孙逸仙纪念医院确诊为颅内生殖细胞肿瘤, 因小孩需住院治疗, 较难无法工作, 鉴于治疗时间长, 费用高, 家庭经济困难, 没有办法支付所有的治疗费用, 请求给予救助, 以助我小孩后期治疗为盼, 感谢!

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 肖 2024年 9月 2日

医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):		患儿目前诊断为“颅内非生殖细胞源性生殖细胞瘤”, 需进行化疗、放疗等治疗, 预估费用为 25 万元
	医师签名:		2024年 9月 3日
	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: 林伟玲 2024年 9月 3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: 马晓心 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：肖[模糊] 性别：男 年龄：8
病种：颅内非生殖细胞瘤性生殖细胞瘤 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），将作为肖[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）：肖[模糊]

电 话：[模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：[模糊]

电 话：[模糊]

经办人：周其明

电 话：13822279353

日 期：2024年9月24日

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明书

姓名:肖 性别:男 年龄:8岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名:肖	住院号:	出生地:江西省吉安市
性别:男	年龄:8岁	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-07-31 11:35		出院日期:2024-08-12
出院诊断:1、颅内非生殖细胞源性生殖细胞瘤(局限期,右侧侧脑室前角-体部交界处);2、外周性性早熟;3、化疗后骨髓抑制III度;4、维生素D不足;		
出院医嘱:详见出院小结。		
记录日期:2024-08-12 08:37		医生:彭晓敏



说

立

家庭情况证明

兹我社区居委会居民罗 [REDACTED]，女，1989 年 11 月 20 日出生，身份证号:[REDACTED] 和罗 [REDACTED] 儿子肖 [REDACTED] 身份证号:[REDACTED]，2024 年 5 月肖 [REDACTED] 在广州的中山大学孙逸仙纪念医院确诊为颅内生殖细胞源性生殖细胞瘤的恶性肿瘤，需要做一系列的检查及治疗，治疗时间长费用高，家庭经济收入少，无力支持所有的费用，属临时生活困难群体。

(此证明仅限于提交中山大学孙逸仙纪念医院使用)

特此证明。

南朗社区居民委员会

2024 年 9 月 2 日



