

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:

2024515

申请日期: 2024 年 8 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2021.8.26			广东省韶关市	
	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
	WAS 综合征		中山大学孙逸仙纪念医院	2022.9.30	30 万元			☐ 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 2 名;		
	父亲	李	39	残疾无自理能力且失语		2、家庭年收入（不含政府补贴） 18192 元		
	母亲	杨	35	健康		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）		李所在家庭共 5 口人，目前家庭主要收入来源于母亲微薄的工资和政府补贴的低保收入。奶奶有高血压，早年中过风，身体不好，长期需要吃药。父亲因脑出血导致目前残疾且生活不能自理，还需要长期吃药调理。姐姐目前 3 岁，已到上学年龄。因家庭经济很困难，急需社会各界的帮助与支持。因此，特申请此资助项目，以缓解家庭经济压力，解燃眉之急。最后，感谢社会各界对我们的帮助，相信会顺利度过目前困境。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 2024 年 8 月 28 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断为 WAS 综合征，需行造血干细胞移植治疗，预计治疗费用 30 万元。							
	医院意见（盖章）:		中山大学孙逸仙纪念医院 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: 2024 年 9 月 3 日					
			年 2024 月 9 日 6					
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: 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:	李	性别:	男	年龄:	3
病种:	WAS综合征	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 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为李治疗费用。

受助人（监护人）: 柯

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9月24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:李 性别:男 年龄:2岁11月5天 科室:儿科五区(层流室) 床号: 住院号: 1

姓名: 李	住院号:	出生地: 广东省韶关市
性别: 男	年龄: 2岁11月5天	科室: 儿科五区(层流室)
入院日期: 2024年07月31日 11时		住院中
临床诊断: WAS综合征。		
治疗意见: 拟行造血干细胞移植。		
记录日期: 2024-08-09 09:24	医生: 黄科 杨华	





核发单位: 仁化县

发证日期: 2023-06-09

户主姓名: 杨

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	杨	性别	女性
出生年月	1989-08-23	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭	5
居住 地址	广东省仁		
户籍 地址	广东省韶关市		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	杨	本人	1516
	李	配偶	0
	李	子	0
	李	女	0
	李	父母	0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

