

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: 2024534

申请日期: 2024年9月6日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	温		女	2011年03月25日			广东·汕尾	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	急性淋巴细胞白血病(B)		中山大学孙逸仙纪念医院	2024-05-13	30万			
病童家庭情况	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	
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否					
	残疾类型和级别:							
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名;			
	父亲	温	47	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元		
	母亲	许	46	良好		3、固定资产: 0 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			
因小孩患白血病长期治疗需要高额医疗费用,家中还有几个孩子需要读书抚养,由于孩子生病住院,现夫妻二人都在这边照顾孩子,家中无收入来源,实在是难以支付高额医疗费用,特此申请救助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许 2024年9月6日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	诊断: 急性淋巴细胞白血病, 治疗费用约30万。							
	医师签名: 杨 年 月 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: 杨 2024年9月13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24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: 溫 [redacted] 性别: 女 年龄: 13岁
病种: 急性淋巴细胞白血病治疗医院: 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), 将作为溫 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许 [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10月9日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:温 性别:女 年龄:13岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号:

姓名: 温	住院号:	出生地: 广东省汕尾市
性别: 女	年龄: 13岁	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2024-06-05		
出院诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, HR, NR, 伴BCR/ABL (P190)、PAX5-RNF38阳性); 2. 化疗后骨髓抑制IV度; 3. 类固醇糖尿病		
治疗建议: 继续住院治疗		
记录日期: 2024-06-14	医生: 周敦华	



陆丰市碣石镇水朝社区居民委员会

证明

兹有本社区居民温（男，1977年4月30日出生，身份证号：），户籍地址：陆丰市；其女温（女，2011年3月25日出生，身份证号：）因患白血病在广州医院治疗中，该家庭人口多，经济收入低，生活困难，无力支付其女温治疗费用，请有关部门给予资助支持，为盼。

特此证明

陆丰市碣石镇水朝社区居民委员会

2024年07月30日

