

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: 2024538

申请日期: 2024年 9 月 9 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曹		男	2012年6月24日			韶关市曲江区	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广州南方医科大学珠江医院	2023年11月21日	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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			
	父亲	曹	46	健康				
	母亲	范	43	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>0</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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）	小孩曹 在2023年11月21日被确诊急性淋巴细胞白血病，从确诊到现今已花费了约35万元，后续仍需庞大的治疗费用，现还有2个姐姐在读中专和大专，每月仍需一大笔费用，家里有一位老人仍需赡养，因为小孩确诊白血病对饮食要求非常严格，所以夫妻两人不得不放弃工作，一起陪小孩在广州治疗。现已无任何经济收入维持所有费用支出，全靠向亲戚朋友借钱维持治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 曹 2024年 9 月 9 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊急性淋巴细胞白血病，需定期住院化疗，后续费用约15万元，预估治疗总费用约50万元。							
	医师签名: 蔡 2024年 9 月 9 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 二万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024年 9 月 14 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰 万 五 仟 一 佰 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024年 10 月 8 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：曹 性别：男 年龄：12岁
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广州南方医科大学珠江医院儿科

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元整），将作为曹 的治疗费用。

受助人（监护人）：范

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10月9日

诊断证明书

姓名：曹

科室：小儿血液科病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年08月19日

出院日期：2024年08月25日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，IR，CR）；3. 中枢神经系统白血病；4. 药物相关亚急性脑白质病变；5. 化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗。

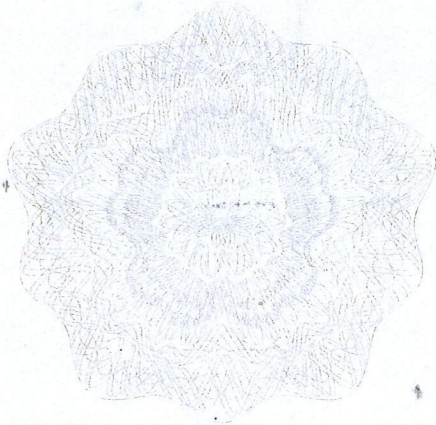
医生签名：

曹

日期：2024年08月25日

签发单位：(盖章)





曲江区

核发单位 2024-06-03

发证日期 曹

户主姓名

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	曹	性别	男性
出生年月	2012-06-23	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		身份证号	1
居住 地址	广东省韶关市曲江区		
户籍 地址	广东省韶关市曲江区		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	曹	本关系	0月收入

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:	

