

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: 2024547

申请日期: 2024年 9 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		男	2016.8.30			湖南	
	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
	急性淋巴白血病		南方医科大学珠江医院	2024.1.28	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 38 %	☐ 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	是	39	健康				
	母亲	谭	38	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 3000 元 3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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)	尊敬的领导: 您好! 我是湖南的一个普通家庭。家中还有一子在校读高中还有家公家婆。要抚养。因孩子生病我本人已辞工来陪护, 已无收入来源, 就靠老公打点临散工维持家庭以上是我的家庭情况, 希望领导能考虑, 给我资助。在此代表全家表示诚挚的感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭 2024年 9 月 13 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病, 按 cclg-Aur18 中危方案, 预计总治疗费用为 15 万元。							
	医师签名: 廖旭 2024年 9 月 13 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: 南方医科大学珠江医院委员会 2024年 9 月 23 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 伍 仟 零 佰 零 拾 零 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: 吳 [redacted] 性别: 男 年龄: 8
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为吳 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 譚 [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10日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：吴

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26日

出院日期：2024年09月10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，JAK1，IGH-BMI1，IR，CR）；
3. 化疗后骨髓抑制；4. 副脾；5. 低纤维蛋白原血症

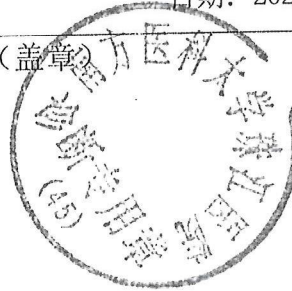
处理意见： 住院治疗。

医生签名：

黄碧霞

日期：2024年09月10日

签发单位：（盖章）



户主姓名				吴			
性别				男			
保障人口				1			
保障档次				低保			
身份证号				[REDACTED]			
家庭地址				[REDACTED]			
保障对象		性别	年龄	与户主关系			
吴		男	8	本人			

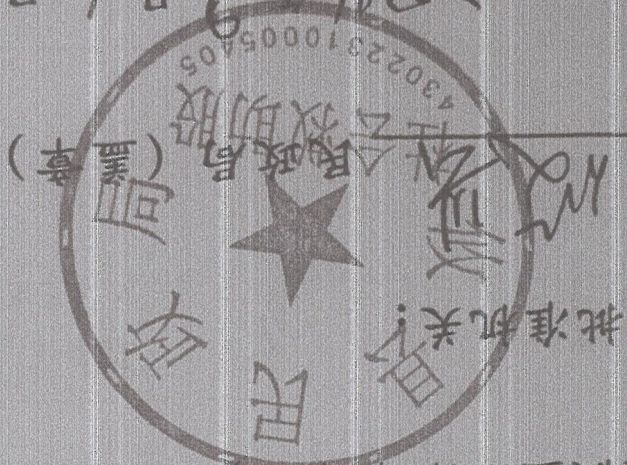


经审核，你家庭符合农村最低

生活保障有关法律法规规定，同意

享受最低生活保障待遇，特发此证。

2024年9月1日



证书编号: _____

