

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（二次救助）

编号: 2024566(二次救助)

申请日期: 2024年10月17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	2016.2.12				江西省赣州市	
	所患疾病		治疗医院		确诊时间		住院号		ID号
	重型β型地中海贫血		广州医科大学附属妇女儿童医疗中心		2016.10.15				☐ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %		☐ 其他保险 %		☐ 无
	现治疗阶段（第几期化疗/移植/手术等）		移植后		后期预计还需总费用		每月4000-6000元		残疾类型和级别:
								10万元	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话					
	父亲 李	31	健康						
	母亲 郭	28	健康						
1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 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									
次中请救助理由	（请详细描述后期还需要进行的治疗，预计还需费用和家庭经济状况等等） 后期还需要进行的治疗: 长期吸氧、每天雾化、每天用药、大约每月4000元-6000元费用。 家庭经济状况: 爷爷在家打零工维持生活、奶奶在家带两个妹妹，爸爸上班、妈妈在广州带崽儿。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 郭 2024年 10月 17日								
调查意见	情况属实。 调查员签名: 周其明 2024年 10月 21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: 姜晓红 2024年 10月 21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: 8
病种: 重型β型地中海贫血 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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），将作为李 的治疗费用。

受助人（监护人）: 郭
电 话:
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: 2014年10月22日

广州市妇女儿童医疗中心(珠)

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 李 性别: 男 年龄: 8岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 治疗后恢复期(造血干细胞移植术后) 2. 重型B型地中海贫血 3. 造血干细胞移植状态

建议: 患儿于2024.06.18在我院血液肿瘤科日间病房住院治疗, 特此证明。

医师签名: 郑文献/郭雯铃/杨敬宇

日期: 2024.06.18

郑文献

1. 未经盖章, 签字无效。
2. 涂改无效。
3. 只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



审核时间	审核人	审核单位(章)
2024.4.12	王	
2024.10.12	王	

请您提高警惕，做好以下工作：
小合适的衣服，注意管道位置，
翻身，防止发生坠床。
地面潮湿，发现地滑时，及时寻求
人员的帮助，防止滑倒。
用电，使用手机充电器时，要及时
充电，防止发生火灾。

谨防跌倒
Beware Of Fall

