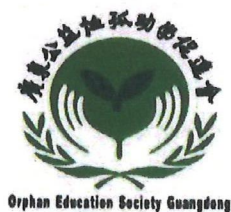


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024568

申请日期: 2024年9月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2015.11.27			广东省陆丰市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广东省人民医院 惠福分院	2024.8.26	60万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 50 %	☐ 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	陈	38	良好				
	母亲	彭	37	良好				
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>56</u> 元 3、固定资产: <u>0</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） 因患急性淋巴细胞白血病，现在在广东省人民医院治疗，爸爸在医院照顾患儿，妈妈买菜做饭送饭，家里还有小儿子在读书，其家庭在孩子生病后，前期家里积蓄由于爷爷常因脑梗塞，心脏病住院，现在因要照顾患儿，父亲辞去工作，已无经济收入，家庭经济特别困难，请社会热心人士给予帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2024年9月19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（BCL, HR），在本院规律化疗，大药费30万-40万。 医师签名: 钟明 2024年10月08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: 钟明 广东省人民医院 委员会 年 月 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: 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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 8
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市越秀区惠福西路13号血液科3楼
广东省人民医院

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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 封 [redacted]
电 话: [redacted]
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]
电 话: [redacted]
经办人: 周基明
电 话: 13822279353
日 期: 2024年10月23日



疾病诊断证明书

科室：儿童血液科
姓名：陈 性别：女性 年龄：8岁9月
入院日期：2024-08-30 出院日期：
编号： 住院号(门诊号)：

处理意见：

患者因“面色苍白2周”入院，根据外院骨髓穿刺结果，诊断急性淋巴细胞白血病（B细胞型），在我院规律治疗。

诊断：

1. 急性淋巴细胞白血病



医嘱：

继续住院治疗。

复诊建议：

医师：

张进芳

日期：

2024年09月05日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

陆丰市陂洋镇三岭村民委员会

证明

兹有我村村民姓名：陈[REDACTED]女，汉族，身份证号码：[REDACTED]，不幸突患急性淋巴细胞白血病，其父靠务工维持一家基本开销，其母在家全职家庭主妇照顾父母子女，家庭经济收入薄弱，生活困难。情况属实

特此证明

陆丰市陂洋镇三岭村民委员会

2024年9月18日



