

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: 2024585

申请日期: 2024年10月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	王	男	2016.12.7		湖南邵阳		
	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
	急性髓系白血病 M2高危	孙逸化北院	2024.7.	40			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 ____%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 ____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 ____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 ____%	<input checked="" type="checkbox"/> 无		
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名;		
	父亲 王	30	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元		
	母亲 陈	30	良好		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明						
	因孩子忽然发重大病,家里非常困难.小孩和一家人都没有买医疗保险,自费一大笔高额费用,走投无路向请求公益恤孤救助,感谢。						
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年10月8日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病(M2,伴t(8,21)(q24;q22) NRAS突变, WT1过表达) 按 SCLEG-AML-2006方案化疗后接造血干细胞移植。 花费约30余万元						
	医师签名: 陈佳利 2024年10月9日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3</u> 万 <u>0</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分)						
负责人签名: 林伟明 2024年10月9日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>伍</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分)							
负责人签名: 马 2024年10月28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: 王	性别: 男	年龄: 8
病种: 急性肾盂肾炎	治疗医院: 广州孙逸仙医院北院	

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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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

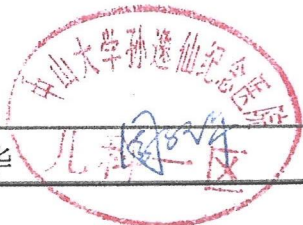
日 期: 2024年10月29日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书


姓名:王 性别:男 年龄:8岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:


姓名:王	住院号:	出生地:广东省揭阳市 (区)
性别:男	年龄:8岁	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-08-11 15:34	出院日期:-	
出院诊断:急性髓系白血病(M2)		
出院医嘱:继续住院治疗。		
记录日期:2024-08-12 15:59	医生:周敦华	



户主姓名	王	性别	男性
出生年月	2018-01-26	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码			
居住地址			
户籍地址	广东省揭阳市		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	王	本人	0

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:	





核发单位: 榕城区

发证日期: 2024-09-09

户主姓名: 王

身份证号码:

低保证编号:

