

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: 2024588(二次救助)

申请日期: 2024年10月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	连	女	2014.6.18		广东省揭阳普宁		
	所患疾病	治疗医院		确诊时间	住院号	ID号	是否残疾
	急性淋巴细胞的	广州市妇女儿童医疗中心		2023.9.12			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 30%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无	残疾类型和级别:
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	8万	缺口资金	8万	
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 5 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3.6元 元 3、固定资产: 无套房子; 1辆摩托车; 无辆小汽车 1、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input 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		
	父亲 连	38	健康				
母亲 陈	35	健康					
二次申请救助理由	(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) 后期连 治疗每月开销需要15万左右每月打丙球两次5800 门诊3000左右, 外购药6000, 其它费用3000左右, 房子水电3700左右, 现在 在父亲回家上班和照顾家里孩子打零工 3000个月。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年10月16日						
调查意见	情况属实。 调查员签名: 周基明 2024年10月25日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20000.00 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 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：连 [redacted] 性别：女 年龄：10岁
病种：急性淋巴细胞白血病造 治疗医院：广州妇女儿童医疗中心
血干细胞移植术后状态

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），将作为连 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：连 [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29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: 连 性别: 女 年龄: 9岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 造血干细胞移植状态 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿2024.01.17-2024.02.22我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 孙天政 / 孙天政

日期: 2024年02月22日 10:00



- 注: 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。



核发单位：普宁市民政局

发证日期：2024年7月

户主姓名：连

身份证号码：[REDACTED]

低保证编号：[REDACTED]

户主姓名	连 [redacted]	性别	男
出生年月	1986.04.05	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码	[redacted]	家庭人口	7
居住地址	揭阳市 [redacted]		
户籍地址	普宁市 [redacted]		
低保资金 发放账号	[redacted]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈 [redacted]	配偶	2000
	连 [redacted]	子	0
	连 [redacted]	女	0
	连 [redacted]	女	0
	连 [redacted]	女	0
	连 [redacted]	女	

