

# 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: 2024616

申请日期: 2024 年 10 月 16 日

|                            |                                                                                                       |                                                                            |                                        |                                                    |                                         |                                         |                            |                                                                  |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病<br>童<br>资<br>料           | 姓名                                                                                                    |                                                                            | 性别                                     | 出生年月                                               | 身份证号码                                   |                                         | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                            | 郭                                                                                                     |                                                                            | 男                                      | 2021-01-31                                         |                                         |                                         | 广东省珠海市                     |                                                                  |
|                            | 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                                                             |
|                            | 重型地中海贫血                                                                                               |                                                                            | 中山大学孙逸仙纪念医院                            | 2023年3月                                            | 30万元                                    |                                         |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                            | 购买保险情况及报销比例                                                                                           |                                                                            | <input type="checkbox"/> 新农合<br>_____% | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民<br>_____% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>_____% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>_____% | <input type="checkbox"/> 无 | 残疾类型和级别:                                                         |
| 病<br>童<br>家<br>庭<br>情<br>况 | 姓名                                                                                                    |                                                                            | 年龄                                     | 健康情况                                               | 联系电话                                    | 1、抚养 18 岁以下儿童 ____ 1 ____ 名;            |                            |                                                                  |
|                            | 父亲                                                                                                    | 郭                                                                          | 29                                     | 良好                                                 |                                         | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 4000 元                  |                            |                                                                  |
|                            | 母亲                                                                                                    | 郭                                                                          | 36                                     | 良好                                                 |                                         | 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车            |                            |                                                                  |
| 申请救助理由（请详细描述）              |                                                                                                       | <p>家庭经济困难. 杨植后排斥</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 郭 2024 年 10 月 16 日</p> |                                        |                                                    |                                         |                                         |                            |                                                                  |
| 医<br>院<br>填<br>写           | <p>疾病诊断及治疗（费用）: 造血干细胞移植, 药物物理治疗等。</p> <p>总费用目前已达 30 万元。</p> <p>医师签名: 黄科 2024 年 10 月 17 日</p>          |                                                                            |                                        |                                                    |                                         |                                         |                            |                                                                  |
|                            | <p>医院意见（盖章）:</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 3 万 元（大写: 3 万 仟 佰 拾 元 角 分）</p> <p>负责人签名: 林伟明 2024 年 10 月 17 日</p>     |                                                                            |                                        |                                                    |                                         |                                         |                            |                                                                  |
|                            | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分）</p> <p>负责人签名: 郭 2024 年 11 月 11 日</p> |                                                                            |                                        |                                                    |                                         |                                         |                            |                                                                  |



# 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: 郭

性别: 男

年龄: 3

病种: 重型地中海贫血

治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(南院)

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), 将作为郭的治疗费用。

受助人(监护人): 周

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

周其明

电 话:

13822279353

日 期:

2024年11月12日

中山大学孙逸仙纪念医院  
疾病诊断证明书

姓名:郭 性别:男 年龄:3岁6月15天 科室:儿科五区(过渡区) 床号: 住院号:

|                                                                                                                                                                                                                  |            |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 姓名:郭                                                                                                                                                                                                             | 住院号:       | 出生地:广东省珠海市(区)   |
| 性别:男                                                                                                                                                                                                             | 年龄:3岁6月15天 | 科室:儿科五区(过渡区)    |
| 入院日期:2024-08-15                                                                                                                                                                                                  |            | 出院日期:2024-10-02 |
| 出院诊断:1、10/10HLA全相合无关供者外周造血干细胞移植;2、重型β地中海贫血造血干细胞移植术后(Hb Lepore-Boston-Washington 缺失复合Codons 71/72 (+A) 突变);3、I度急性移植物抗宿主病(皮肤1级);4、肠炎;5、粒细胞缺乏伴发热;6、电解质紊乱(低钾血症、低钙血症);7、药物性肝功能损害;8、继发性高血压(2级);9、维生素D不足;10、自身免疫性溶血性贫血; |            |                 |
| 治疗意见:门诊随访。                                                                                                                                                                                                       |            |                 |
| 记录日期:2024-10-02 12:00                                                                                                                                                                                            | 医生:黄科      |                 |



## 家庭经济困难证明

兹有我村/社区居民田 身份证号:                     ,  
家庭住址 广东珠海 家庭人口共 5 人,  
家庭年收入约为 40000 元, 人均年收入 8000 元, 其家庭于我辖区  
( ☒ 有 ☐ 无 ) 住房, 家庭经济困难, 其子/女(患儿姓名) 郭,  
身份证号                      患有(疾病名称) 重型地中海贫血,  
目前在(治疗医院) 中山大学孙逸仙纪念医院 接受治疗, 以上所述属实。

村委会/居委会

电话:

日期: 2024年7月30日

乡镇政府/街道办事处

电话:

日期: 2024年8月9日

