

### 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: 2024635

申请日期: 2024年11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	
	张	男	2021.6.26			广东省英德市	
	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
	白血病	南方医院 中山大学珠江医院	5月28日	30万-50万			<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 50%	<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	

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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元 3、固定资产: 1套房子; 无 辆摩托车; 无 辆小车 4、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	张	30	健康	
	母亲	邓	30	健康	

申请救助理由(请详细描述):  
 3岁时被医院确诊为急性淋巴细胞白血病(高危)在南方医院暨中山大学珠江医院治疗需要30-50万治疗费用。母亲平时在家照顾家庭,父亲在英德市 镇务工,各患慢性阻塞性肺病。如如在祖地务农,无力带孩子,其家庭经济困难,望能给予相关帮扶为盼。  
 本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 邓 2024年11月8日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	诊断急性淋巴细胞白血病(高危),大概需要30-50万
	医师签名:	张 2024年11月7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:	南方医科大学珠江医院 委员会 2024年11月11日

广东公益恤孤助学促进会意见:  
 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰 万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)  
 负责人签名: 马 2024年11月18日



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 3岁  
病种: 白血病 治疗医院: 南方珠江医院医科大学珠江医院

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), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓 [redacted]

电 话: [redacted]

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19日

# 诊断证明书

姓名：张

科室：小儿血液科病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年09月04日

出院日期：2024年09月20日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化疗后；2. 脓毒血症；3. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，HR，KRAS）；4. 左侧颞极蛛网膜囊肿；5. 化疗后骨髓抑制；6. 口腔炎；7. 甲氨蝶呤排泄延迟；8. 转氨酶升高

处理意见：住院治疗。

医生签名：


张彦奇

日期：2024年09月20日

签发单位：（盖章）



户主姓名	张	性别	男
出生年月	2021.6	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	[Redacted]		
户籍地址	同上		
低保资金 发放账号			
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入



核发单位: 英德市民政局  
 发证日期: 2024.10.8  
 户主姓名: 张  
 身份证号码: [Redacted]  
 低保证编号: \_\_\_\_\_





Bed 11

