

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: 2024651

申请日期: 2024年11月4日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蒙		男	2020.08.01	[REDACTED]		广西省梧州市	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2020.8.10	60万	[REDACTED]	[REDACTED]	<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 type="checkbox"/> 新农合 _____ % <input checked="" 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>40000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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	蒙	29	健康	[REDACTED]			
	母亲	陈	29	健康	[REDACTED]			
申请救助理由 (请详细描述)	<p>患儿造血干细胞移植术后,目前诊断 1. 血栓性微血管病, 2. 急性移植物抗宿主病 (肠道排斥) 3. 病毒性脑炎, 4. 造血干细胞移植状态, 5. 重型β-型地中海贫血. 患儿移植术后, 存在多种并发症, 治疗时间久, 已花费 53 万元.</p> <p>本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 陈 [REDACTED] 2024年11月4日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):		<p>目前诊断: 1. 血栓性微血管病 2. 急性移植物抗宿主病 (肠道排斥) 3. 病毒性脑炎 4. 造血干细胞移植状态 5. 重型β-型地中海贫血. 目前治疗已花费约 53 万元</p> <p>医师签名: 刘海艳 2024年11月4日</p>					
	医院意见 (盖章):							
	建议给予医疗救助金 ¥ 20000		(大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)					
负责人签名: 何靖雯		2024年11月6日 慈善基金审批专用章						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 高 [REDACTED] 2024年11月25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: 蒙	性别: 男	年龄: 4岁
病种: 重型地中海贫血	治疗医院: 湖南医科大学附属妇女儿童医疗中心	

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), 将作为蒙 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: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年11月26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: 蒙 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 住院号:

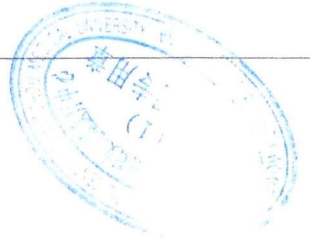
诊断: 1. 重型β型地中海贫血

医嘱及建议: 于2024.05.16在我院血液肿瘤科日间病房住院治疗。

医师签名: 郑文献/ 杨敬宇



日期: 2024-5-16 11:33:47



- 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。

