

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: 2024653

申请日期: 2024年 11月 12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	夏		男	2014.01.23			广东省肇庆市	
	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
	急性髓系白血病 骨髓细胞瘤		中山大学 附属第一医院	2024.09	60-70万元			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和 级别: 二级
购买保险情况及报 销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40 %	<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) 3万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车 、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	夏	37	良好				
	母亲	黎	32	良好				
申请救助理由(请详细描述)	<p>患者夏, 今年10岁, 2021年2月确诊骨髓细胞瘤, 治疗长达一年花费40万, 2024年9月, 又确诊急性髓系白血病, 需要化疗、靶向治疗并做造血干细胞移植, 后期还要抗排异治疗, 预计费用70万左右. 家庭是低保户目前父母均无收入, 特向基金会求助, 望领导审查, 准予救助. 感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黎 2024年 11月 12日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病. 化疗、移植 预计60万 医师签名: 2024年 11月 12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: 黄任 2024年 11月 15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: 2024年 11月 15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: 夏 [redacted]	性别: 男	年龄: 10
病种: 急性髓系白血病	治疗医院: 广州市中山大学附属第一医院	

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), 将作为夏 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 黎 [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11月26日



姓名：夏

科别：儿科二科

床号：

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：夏

性别：男

年龄：10岁

出院科别：儿科二科

住院号：

入院日期：2024年09月14日 出院日期：2024年10月19日


出院诊断：1. 急性髓系白血病, 2. 恶性肿瘤化疗, 3. 化疗后骨髓抑制, 4. 粒细胞缺乏症, 5. 继发性血小板减少症, 6. 感染性发热, 7. 间质性肺炎, 8. 甲状腺功能减退症, 9. 第四脑室髓母细胞瘤(治疗后), 10. 脑室腹腔分流术术后

入院情况及诊疗经过：患儿主因“确诊脑髓母细胞瘤3年余，发现血象异常6天”入院。入院化疗过程顺利。

医师：



2024年10月19日



高要区

核发单位: _____

发证日期: 2024/11/1

户主姓名: 夏

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	<u>夏</u>	性别	男性
出生年月		民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	<u>夏</u>		
户籍地址	<u>广东省肇庆市</u>		
低保资金 发放账号	<u>夏</u>		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	<u>夏</u>	本人	

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 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: _____

