

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2024655 信息时报NO.2322

申请日期: 2024年11月21日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡	男	2017年4月14日			广东珠海	
	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
	ALK阳性间变大细胞淋巴瘤IV期 高危	中山大学肿瘤医院防化科	2024年6月3日	五十万			<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 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>50000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	蔡	33	2肝小三阳	
	母亲	郑	26	健康	

申请救助理由(请详细描述)

因不幸孩子被确诊“间变大细胞淋巴瘤”期间从三月份前就开始查到六月份,最终查出这种大病,在治疗的期间,住了一个多月的ICU,据了解后续还需要进行骨髓移植,治疗费用巨大已经,不是我们普通家庭可以承受,后期医生说还需要吃靶向药维持的,化疗药还需要昂贵的费用,至今为止光住院费已经花费了几十万,贫困的家庭更是欠债累累,由于孩子生病,我一直在医院陪护孩子无法工作,家里两个小孩子目前由爷爷奶奶照顾,而且爷爷奶奶年纪也大了,身体也不好,而全家的经济来源,全部来自孩子爸爸,他在市场当搬运工,一年的收入仅够家庭开销,家里经济非常的困难,希望孩子能够早日康复,你们的救助就是我们的希望。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 郑 2024年 11月 21日

调查意见

情况属实

调查员签名: 周其明 2024年 11月 25日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 马晓华 2024年 11月 25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: 蔡 [redacted] 性别: 男 年龄: 7岁
病种: 间变大细胞性淋巴瘤(ALK+)IV期, 高危 治疗医院: 中山大学肿瘤防治中心

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), 将作为蔡 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电话: [redacted]

经办人: 周基明

电话: 13822279353

日期: 2024年11月28日

中山大学附属肿瘤医院疾病证明

姓名:蔡

性别:男 年龄:7岁 籍贯:广东省广州市

入院日期:2024-10-25 09:34

出院日期:2024-10-31

住院号

入院诊断: ALK 阳性间变大细胞淋巴瘤 IV 期 高危

出院诊断: ALK 阳性间变大细胞淋巴瘤 IV 期 高危

治疗意见:

1.2024 年 11 月 17 日按期返院行下程化疗。

2.每周复查血常规 2-3 次,如果白细胞 $<3.0 \times 10^9/L$,升白细胞治疗;如果血小板 $<50.0 \times 10^9/L$,升血小板治疗;如果血小板 $<20.0 \times 10^9/L$,返院输血小板。

3.不适随诊。

医生签名:



签名时间:2024 年 10 月 31 日

家庭情况说明

兹有患儿蔡，患淋巴瘤疾病，性别男，年龄8岁，是广东省（区，市）揭阳市（州）县（区）
乡镇（街道）民小组（居委会），（父亲：蔡母亲：郑
）村民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：蔡身份证号：

患儿母亲：郑身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____



2024年9月2日

