

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:

2024694

申请日期: 2024年11月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谢		女	2013.1.21			广东省	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2024.8.21	20万			<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 70%	<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) 30000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 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	谢	42	健康				
	母亲	江	38	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿在2024年8月确诊了急性白血病,父母均在医院照顾孩子,失去收入,家里还有孩子读书,老人需要赡养,家庭经济陷入困境,盼得到贵机构帮助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 江 2024年 11月 29日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病(中危),后期需规律化疗,治疗费用需 20万元 医师签名: 赖 2024年 11月 29日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年 12月 4日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万 伍仟 一 佰 一 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年 12月 16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: 谢 [redacted] 性别: 女 年龄: 11

病种: 急性淋巴细胞性白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为谢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 江 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其羽

电 话: 13822279353

日 期: 2014年12月18日

诊断证明书

姓名：谢 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12月01日

出院日期：

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学治疗； 2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，ETV6：:RUNX1，IR，CR）； 3. 化疗后骨髓抑制

处理意见： 住院治疗。

医生签名：

张彦奇

日期：2024年12月03日

签发单位：（盖章）

茂名市电白区那霍镇马路村民委员会

贫困证明

兹有广东省茂名市[REDACTED]村村民谢[REDACTED]，女，身份证号码[REDACTED]患有急性淋巴细胞性白血病，在南方医科大学珠江医院治疗，需要大额治疗费用。现在其需父母一直照顾，家庭没有收入来源，现经济陷入困难。

特此证明

那霍镇马路村民委员会

2024年10月12日





SHOT BY
360 N7