

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: 2024705

申请日期: 2024年 11月 27日

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--------|--|--|
| 病童资料 | 姓名 | | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 | | |
| | 吴 | | 男 | 2012年8月 | | | 广东省潮州市 | | |
| | 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 | |
| | 急性淋巴细胞白血病(T细胞) | | 中山大学逸仙纪念医院 | 2024年7月 | 40万 | | | <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 60% | <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>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>四至五万元</u> 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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 | 吴 | 43 | 良好 | | | | | |
| | 母亲 | 罗 | 41 | 良好 | | | | | |
| 申请救助理由 (请详细描述) | <p>小儿吴 因患急性淋巴细胞白血病, 现已住院治疗多次, 治疗费用缺口巨大, 前因父亲患糖尿病花费家中存款, 现目前患病治疗欠款11万以上, 后续治疗费用一筹莫展, 家中又因缺人工作养家糊口, 微薄薪资仅能维持温饱, 还要养老人, 家中还有一个儿子, 现在因儿子病情不能正常上学, 后面治疗费用数额巨大, 如今寻求基金会帮助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p style="text-align: right;">申请人签名: 罗 2024年 11月 27日</p> | | | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗 (费用): 患儿确诊“急性淋巴细胞白血病 (T, HR, CR, 伴NOTCH1突变、WT1 阳性、TPB 阳性), 按计划进行化疗、移植手术治疗, 预计费用40万元。 医师签名: 2024年 11月 28日 | | | | | | | | |
| | 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3万</u> 仟 <u>0</u> 佰 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 林伟吟 2024年 12月 11日 | | | | | | | | |
| 广东公益恤孤助学促进会意见: | | | | | | | | | |
| 同意救助 ¥ <u>20000</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>0</u> 仟 <u>0</u> 佰 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 梁梅村 2024年 12月 23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：吳[模糊] 性别：男 年龄：12

病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：中山大学孙逸仙纪念医院

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），将作为吳[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）：吳[模糊]

电话：[模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：[模糊]

电话：[模糊]

经办人：周其明

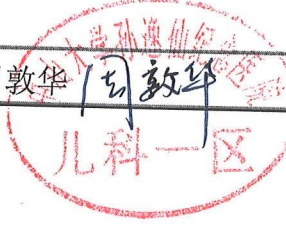
电话：13822279383

日期：2024年12月25日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名: 吴 [] 性别: 男 年龄: 12岁 科室: 儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: [] 住院号: []

| | | |
|--|--|--------------------|
| 姓名: 吴 [] | 住院号: [] | 出生地: 广东省潮州市 [] 区) |
| 性别: 男 | 年龄: 12岁 | 科室: 儿科一区(血液肿瘤专科) |
| 入院日期: 2024-10-18 09:04 | 出院日期: 2024-11-04 | |
| 出院诊断: 急性淋巴细胞白血病((T, HR, CR, 伴NOTCH1突变、WT1阳性、TRB阳性); 药物性肝 功能损害; 维生素D不足 | | |
| 出院医嘱: 详见出院小结。 | | |
| 记录日期: 2024-11-04 11:44 | 医生: 周敦华 []  | |

证 明

兹有我社区居民吴之子吴，身份证号码：
患有急性淋巴细胞白血病，已住院治疗多次，
治疗费用很大，该居民家庭经济困难，特请求慈善公益机构给予救助，
谢谢！

特此证明



饶平县柘林镇柘中社区居委会

2024年9月27日



