

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:

2024707

申请日期: 2024年12月06日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	戴丁		男	2020.07.08	[REDACTED]		广东省遂溪县	
	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
	髓母细胞瘤		中山大学 孙逸仙 纪念医院	2024.9.20	40万	[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 40%	<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>15000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	戴丁	30	健康	[REDACTED]	
	母亲	赵丁	29	健康	[REDACTED]	

申请救助理由(请详细描述):

小朋友于2024年9月20号确诊为髓母细胞瘤,手术后进PICU观察8天后转入普通病房,10月19日又转入儿科一区进行化疗,化疗后出院费用总共15万多,后续还需进行6次化疗和放疗,费用巨大,家庭收入低,望广东公益恤孤助学促进会伸出援助之手帮助减轻目前困境! 谢谢。

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 赵丁 2024年12月6日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为髓母细胞瘤,预计费用约40万。	
	医师签名: 王心龙	2024年12月6日
医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥ <u>370</u> 元 (大写: <u>3</u> 万 <u>1</u> 千 <u>1</u> 百 <u>1</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9日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟零佰零拾零元零角零分)

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: 戴 [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 髓母细胞瘤 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为戴 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 赵 [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: 周其明

电话: 13822279353

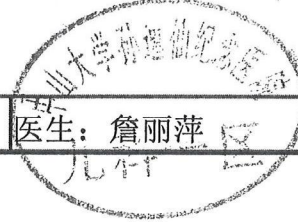
日期: 2024年12月26日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:戴 性别:男 年龄:4岁2月7天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名:戴	住院号:	出生地:广东省湛江市遂溪县(区)
性别:男	年龄:4岁2月7天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-09-15 10:43	出院日期:2024-11-06	
出院诊断:髓母细胞瘤;梗阻性脑积水;肺炎;肺炎支原体感染		
出院医嘱:详见出院记录。		
记录日期:2024-11-06 13:12	医生:詹丽萍 区	



湛江市遂溪县城月镇庄家村民委员会

证明

兹有我村村民戴 (身份证号)
之子戴 (身份证号), 该员 2024 年 9
月初身体不适, 于 2024 年 09 月 16 日前往中山大学孙逸仙纪
念医院住院, 经医生诊断髓母细胞瘤, 治疗费用高, 该家庭经
济仅靠戴 打工来维持生活, 收入低, 家庭无法承担高额
医疗费用, 请有关单位给予照顾。

特此证明



