

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: 2025010

申请日期: 2024年12月20日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	潘		男	2016年6月6日			广东省东莞市	
	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
	伯基特淋巴瘤		中山二院	2024.9.23	20万			<input type="checkbox"/> 是 <input 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 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			
	父亲	潘	41	良好				
	母亲	高	34	好				
申请救助理由（请详细描述）	<p>本人家庭成员4人，本人自幼起无兄弟姊妹，夫妻二人，一儿潘 就读于东莞 实验中学初一学生，每月生活费3到5百元，小儿子现患伯基特淋巴瘤在中山二院住院化疗中，原本就靠我一入挣钱在东莞租房勉强维持生活，现小儿患病，我已无工作并在医院附近租房一同妻子照顾，靠之前刚患病的社会捐助6万元资助金在维持医治中，现已无力支付高昂的治疗费。望能得帮助</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 潘 2024年12月20日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断“伯基特淋巴瘤”明确，按计划住院化疗，后续可能行手术及造血干细胞移植，预计治疗总费用40万以上。 医师签名: 林伟吟 2024年12月23日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元（大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 林伟吟 2024年12月20日							
广东公益恤孤助学促进会意见: <p style="text-align: center;">同意救助 25,000.00 (大写: 贰万伍仟之整)</p> <p style="text-align: center;">负责人签名: 葛晓 2025年1月6日</p>								



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: 潘	性别: 男	年龄: 8
病种: 伯基特淋巴瘤	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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为潘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2025年1月7日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:潘 性别:男 年龄:8岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名:潘	住院号:	出生地:广东省东莞市 (区)
性别:男	年龄:8岁	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024年09月23日 15时	住院中	
临床诊断:伯基特淋巴瘤。		
治疗意见:继续住院治疗。		
记录日期:2024-10-10	医生:黎阳 黎阳 区	



与原件核对无异
证明人 潘怡林



核发单位: 东山区

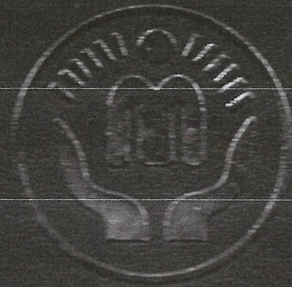
发证日期: 2024-12-25

户主姓名: 潘

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	潘	性别	男性
出生年月	2016-06-16	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1人
居住地址	广东省东莞市 县(市、区)		
户籍地址	广东省东莞市 县(市、区)		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	潘	本人	0元



广东省城乡居民
最低生活保障证

广东省民政厅制

