

12.18 收件:

附件 4:

### 广东省第二人民医院

### “重大疾病”病患救助申请表

编号: 2025020(省=医-三类病) 申请日期: 2024年11月27日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	黄	女	2009.10.11		广东	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无    报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
系统性红斑狼疮		广东省第二人民医院		10万/年		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	黄	男	47	丈夫	水电工 每年25000元	
	谭	女	42	母女	1200元	
申请救助理由	<p>家庭5口人，三个小孩在上学，主要靠打散工维持生活。大女儿去年患病花了7万，家庭欠债。家庭经济困难，持续治疗需要帮助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 黄 2024年11月27日</p>					
资助金额	<p>建议给予医疗救助金5000元。</p> <p>(大写: 伍仟零佰零拾零元零角零分)</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗费用情况: 患者因“面部红斑”在我科住院，经检查，诊断为系统性红斑狼疮(狼疮性肾炎)白细胞减少，该病治疗费用高昂，现申请救助。</p> <p>医师签名: 刘哲 2024年11月27日</p>					
	<p>社会工作科意见:</p> <p>同意。 负责人签名: [Signature] 2024年12月11日</p>		<p>规划发展部意见:</p> <p>负责人签名: [Signature] 2024年12月11日</p>			
<p>广东公益恤孤助学促进会审批意见: 同意救助任伟强</p> <p>负责人(签名): 葛唯 2024.12.10</p>						



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### “重大疾病”病患救助款收据

病人姓名:	黃	性別:	女	年齡:	15
病種:	系統性紅斑性瘧疾		治療醫院:	廣東省第二人民醫院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）：黃

电话：[Redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：[Redacted]

电话：[Redacted]

电话：[Redacted]

经办人：周基明

电话：13822279353

日期：2025年1月14日

# 广东省第二人民医院

## 诊断证明书

证字第202411276113002号

姓名	黄	性别	女	年龄	Y15	科别	风湿免疫科	住院号	
----	---	----	---	----	-----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作：  
患者因“面部蝶形红斑1月余。”于2024-11-20在我院住院治疗。

诊断意见：  
1. 系统性红斑狼疮 (1) 狼疮性脑病 (2) 白细胞减少 2. 低白蛋白血症 3. 中度贫血 4. 高尿酸血症

处理意见：  
详见出院记录。

广东省第二人民医院  
医师：  
2024年 11月 27日

广东省第二人民医院  
诊断证明  
专用章

# 证明

兹有我村村民黄[ ]之大女黄[ ]，性别女，身份证号码：

[ ]和二女黄[ ]，性别女，身份证号码：

[ ]患有红斑狼疮，已住院治疗多次，治疗费用很大，该村民家庭经济困难，特请求给予帮助，谢谢！

特此证明

罗定市泗纶镇新城村民委员会

经办人：[ ]

2024年11月26日





