

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: 2025025

申请日期: 2024年12月17日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	男	2022.2.13			四川自贡	
	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
	黏多糖贮积症	广州市妇女儿童医疗中心	2024.7.26	30万			<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 type="checkbox"/> 新农合 ____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 50%	<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>128616</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	李	33	健康	
	母亲	叶	32	iga肾炎	

申请救助理由(请详细描述):
 家中两岁双胞胎均患黏多糖贮积症,在广州市妇女儿童医疗中心进行造血干细胞移植,需60万。卖了房子筹钱过来治疗,又遇上孩子爷爷突然摔倒,意识丧失,目前也要治疗。孩子母亲还有iga肾炎,家庭困难,请求援助,感谢。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 叶 2024年12月17日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.黏多糖贮积症 II型. 2. 干细胞移植状态. 需移植费用约30万元
	医师签名: 刘海艳 2024年12月17日
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2024年12月26日

广东公益恤孤助学促进会意见:
 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 零 佰 零 拾 元 零 分)
 负责人签名: 柯钧峰 2024年12月13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：李 [redacted] 性别：男 年龄：2岁
病种：粘多糖贮积症IIa 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为李 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：叶 [redacted]

电话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电话： /

经办人：周基明

电话：13922279353

日期：2025年1月14日

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心
Guangzhou Women and Children Medical Center
广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区
Guangzhou Women and Children Health Center Guangzhou Children's Hospital
Guangzhou Maternity and Infant Hospital Zengcheng Campus

诊断证明书(病假建议书) Certificate of Diagnosis

流水号No: [REDACTED]

姓名 李 [REDACTED] 性别 男 年龄 2岁10月
Name: [REDACTED] Gender: [REDACTED] Age: [REDACTED]

卡号CardNo.: [REDACTED]

诊断 治疗后恢复期, 粘多糖贮积病III型, 干细胞移植状
Diagnosis: 态,

诊断备注
Note:

医嘱及建议 继续抗排异治疗, 预防感染。
Medical Order and Recommendation:



病区
Department: 血液科.

科医师
Doctor: 屈钰华 [Signature]

日期Date: 2024-12-18

- 注:
1. 未经盖章, 签字无效
 2. 涂改无效
 3. 只作医院证明, 不得作其他证明使用
 4. 本诊断证明中英文翻译仅供参考, 如中英有不一致之处, 以中文为准

Note:

1. Signature is invalid without seal
2. Handwritten changes are invalid
3. Only for medical certification purpose
4. The English translation of this certificate is for reference only.

In the event of conflicts between the Chinese and English, the Chinese shall prevail.

证明

兹证明，李[]身份证号[]；李[]，身份证号[]关系为兄弟，两人均于2024年10月纳入我街道最低生活保障人员，享受最低生活保障待遇，现任在认定有效期内。

特此证明！

自贡市贡井区长土街道办事处

2024年12月17日





有礙于拉起床柱！
DANGER! DO NOT HOLD THE BED COLUMN!