

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：2025058

申请日期：2025年1月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	詹		男	2018.1.17			广东省揭阳市	
	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		广东医科大学附属医院第一医院	2024.12.11	35万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别：
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	詹	40	健康				
	母亲	詹	39	良好				
申请救助理由（请详细描述）	1、抚养18岁以下儿童 5 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2万-3万元 3、固定资产 自建 套房子； 1 辆摩托车； 0 辆小车 4、家庭困难类型： ☒ 村居委开具困难证明； ☐ 街镇开具困难证明； ☐ 困境儿童证明； ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明							
	患者是我儿子，因今年12月初2024年12月初确诊后，我和孩子爸爸因需照顾患病儿子而没工作，我本人又患有甲状腺甲减需长年检查服药，爸爸平时工地打些零散工，收入微薄，又要维持一家生计，除了五个孩子都在校读书，家里还有年迈父母和太奶需要赡养。现在面对高昂医药费，惆怅莫及，捉襟见肘，经济困难，望申请帮助！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：詹 2025年1月8日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患儿2024年12月在我院确诊伯基特淋巴瘤（B细胞淋巴瘤），目前规范治疗中。总疗程需6个疗程，后续需靶向药维持治疗，总费用需约35万元（人民币） 医师签名：吴泽群 2025年1月8日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元（大写：壹万元整） 负责人签名：WY 2025年1月8日							
	广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写：贰万元整） 负责人签名：林伟 2025年1月22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

(易娱公益项目)

病童姓名: 詹 [模糊] 性别: 男 年龄: 7岁
病种: 伯基特淋巴瘤(IV期) 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院.

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), 将作为詹 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 詹 [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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年1月23日



疾病诊断证明书

姓名：詹

性别：男

年龄：6岁

住院号：

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为：

诊断：*1. 伯基特淋巴瘤 (III期/高危)

2. 肿瘤溶解综合征

3. 腹腔积液

4. 化疗后骨髓抑制

5. 鼻窦炎

吴泽霖
006222

此证

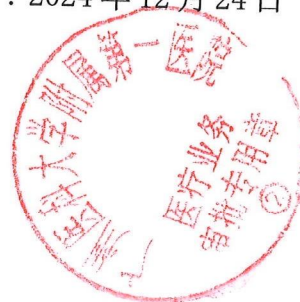
主诊科（盖章）



主治医师：吴泽霖*

医务科（盖章）

日期：2024年12月24日



广东省惠来县隆江镇岗前村民委员会

证 明

兹有我村民廖[]，男，身份证号：[]，本人
在医院检查确诊为伯基特淋巴瘤，
高危 III 期，父母双方无法务农，无任
何经济收入，生活特困难，加上家里
兄弟姐妹多人在校读书，恳请有关
部门给予帮助是盼。

特此证明



