

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: 2025089

申请日期: 2025年2月6日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	<u>袁</u>		<u>女</u>	<u>2011-9-01</u>	<u>[REDACTED]</u>		<u>广东省</u>	
	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
	<u>急性淋巴细胞白血病</u>		<u>珠江医院</u>	<u>2024.10.7</u>	<u>20万</u>	<u>[REDACTED]</u>	<u>[REDACTED]</u>	<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 <u>70</u> %	<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	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>0.2万</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 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	<u>袁</u>	<u>43</u>	<u>健康</u>	<u>[REDACTED]</u>			
	母亲	<u>刘</u>	<u>45</u>	<u>健康</u>	<u>[REDACTED]</u>			
申请救助理由（请详细描述）	<p><u>2024.10.7袁</u> 在珠江医院确诊急性淋巴细胞白血病。经和医生咨询治疗费用高达 <u>30万</u> 现象中有二个孩子在读书，一个高三，一个在读高一，已借款十多万，经济已陷入极度困难特向爱心人士申请帮助我家度过难关万分感谢！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>刘</u> <u>2025</u>年<u>2</u>月<u>6</u>日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: <u>确诊急性淋巴细胞白血病（高危），住院治疗，预计费用 30万</u>							
	医师签名: <u>[REDACTED]</u> <u>2025</u> 年 <u>2</u> 月 <u>6</u> 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>¥30000</u> 元（大写: <u>叁万零仟零佰零拾零元零角零分</u> ） 负责人签名: <u>[REDACTED]</u> <u>2025</u> 年 <u>2</u> 月 <u>8</u> 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>¥20,000.00</u> 元（大写: <u>贰万零仟零佰零拾零元零角零分</u> ） 负责人签名: <u>[REDACTED]</u> <u>2025</u> 年 <u>2</u> 月 <u>8</u> 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: 袁 [redacted] 性别: 女 年龄: 13岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市南方医科大学珠江医院

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), 将作为袁 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [redacted]

电话: [redacted]

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2月19日

诊断证明书

姓名：袁 科室：小儿血液科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2024年12月26日 出院日期：2025年01月14日
检查结果：详见出院小结。	
诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，HR，IGH-DUX4，IK6）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 副脾；5. 三尖瓣关闭不全；6. 转氨酶升高 处理意见：住院治疗。	
医生签名：林丹娜 日期：2025年01月14日	

签发单位：(盖章)



核发单位: 兴宁市
 发证日期: 2024-12-17
 户主姓名: 袁
 身份证号码: [REDACTED]
 低保证编号: _____

户主姓名	袁	性别	女性
出生年月	2011-09-01	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	[REDACTED]	家庭 人口	1
居住 地址	广东省兴宁 [REDACTED]		
户籍 地址	广东省梅州市 [REDACTED] 村委会		
低保资金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	袁	本人	312

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名: _____		姓名: _____	

