

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: 2025362

申请日期: 2025年6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	
	阙		男	2020.10.04			江西赣州市瑞金市	
	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
	急性骨髓白血病M5 高危难治		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.12.15	30万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 51%	☐ 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	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>20000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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		
	父亲	阙	37	健康				
	母亲	湛	36	健康				
申请救助理由(请详细描述): 小孩因患急性骨髓白血病M5及医院认定为高危难治型基因突变,该病需长期规范治疗,万干细胞移植及后续巩固强化治疗及后续抗排斥治疗,所需治疗费用巨大,作为一对年轻农村父母均依靠零散务工为生,同时需要抚养三个孩子且大儿子因患白血病减少已持续治疗一年多已让我们负债累累,现在小儿子因治疗费用以动身担,目前小孩治疗刻不容缓,米因经济困难延后治疗,将严重威胁生命,现在治疗家返因病致贫在此我们恳请爱心人士、单位、企业、申请医院救助,恳请贵会伸出援手,帮孩子渡过生命难关,本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 阙 2025年6月20日 冉孔								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 病情复杂 治疗费用约 30万元 医师签名: 黄朝 2025年6月24日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元(大写: <u>3万</u> 元 任 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2025年7月4日 办公室							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元(大写: <u>叁万零壹佰零拾元零角零分</u>) 负责人签名: 杨新 2025年7月21日 秘书处							



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:	顏	性别:	男	年龄:	4岁9月
病种:	急性髓系白血病 M1 确诊	治疗医院:	中山大学孙逸仙纪念医院(南院)		

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), 将作为顏的治疗费用。

受助人(监护人): 顏

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 18924052244

日 期: 2015年7月22日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明

姓名: 阙 性别: 男 年龄: 4岁8月7天 科室: 儿科五区(层流室) 床号 住院号

姓名: 阙	住院号:	出生地: 江西省赣州市瑞金县(区)
性别: 男	年龄: 4岁8月7天	科室: 儿科五区(层流室)
入院日期: 2025年06月11日 08时		
临床诊断: 1. 造血干细胞移植状态 2. 急性髓系白血病 (M5, HR, 难治) 3. 心肌炎后遗症		
治疗意见: 继续住院治疗		
记录日期: 2025-06-23 15:09		医生: 黄科





批准机关：_____（印）

编 号：_____

发证日期：2025.3.6

户主姓名	性别	出生年月	2020年10月	
保障人口	1人	户月保障金额	350	
身份证号码			保障类别	☒ 非常补
户籍所在地	瑞林街道(乡镇)		户籍类别	☒ 农业
纳入保障的家庭成员情况				
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况

