

## 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: 2025460

申请日期: 2025年 8月 15日

|               |                                                                                                                                     |   |                                     |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料          | 姓名                                                                                                                                  |   | 性别                                  | 出生年月                                 | 身份证号码                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 户籍所在地                                 |                                                                  |
|               | 陈                                                                                                                                   |   | 男                                   | 2014.04.02                           |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 江西吉安新干                                |                                                                  |
|               | 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                                                             |
|               | 急性淋巴细胞白血病                                                                                                                           |   | 珠江医院                                | 2025.6.25                            | 60万或以上                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|               | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                         |   | <input type="checkbox"/> 新农合<br>0 % | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>0 % | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>0 % | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>0 %                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 无 | 残疾类型和级别:<br>/                                                    |
| 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>1</u> 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5万</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input checked="" 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                                                                                                                                  | 陈 | 51                                  | 健康                                   |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |
|               | 母亲                                                                                                                                  | 雷 | 44                                  | 健康                                   |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |
| 申请救助理由(请详细描述) | <p>患儿白血病治疗费用全部自费, 家庭年收入只是患儿父亲务工22万, 家庭负债已超20万元, 后续治疗费用依旧很高!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>                     申请人签名: 陈 2025年 8月 15日</p> |   |                                     |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |
| 医院填写          | <p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 急性淋巴细胞白血病(非淋巴细胞型, 高危), 治疗费用约30-35万元</p> <p>医师签名: 吴利 2025年 8月 18日</p>                                            |   |                                     |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |
|               | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 南方医科大学珠江医院 2025年 8月 25日</p>                   |   |                                     |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |
|               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 陈 2025年 8月 25日</p>                         |   |                                     |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                  |



# 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: | 陈          | 性别: | 男 | 年龄: | 11 |
| 病种:   | 急性淋巴细胞白血病  |     |   |     |    |
| 治疗医院: | 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 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）: 曾

电 话: 13924052214

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话: 18924052214

经办人: 林作韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月3日

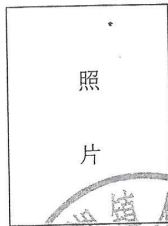
南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：陈 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：2025年07月28日<br>出院日期：2025年07月29日 |
| 检查结果：详见出院小结。                                                                                                   |                                      |
| 诊断意见：<br>1. 急性淋巴细胞白血病化疗治疗；2. 急性淋巴细胞白血病免疫治疗；3. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，MEF2D::BCL9，HR）；4. 三尖瓣返流；5. 化疗后骨髓抑制<br>处理意见：住院治疗。 |                                      |
| 医生签名：吴莉                                                                                                        |                                      |
| 日期：2025年07月29日                                                                                                 |                                      |

签发单位：（盖章）



批准机关: \_\_\_\_\_ (印)

编 号: \_\_\_\_\_

发证日期: 2025.8.10

|             |       |        |    |        |                                                                        |
|-------------|-------|--------|----|--------|------------------------------------------------------------------------|
| 户主姓名        | 陈     | 性别     | 男  | 出生年月   | 2014.4                                                                 |
| 保障人口        | 2人    | 户月保障金额 |    | 保障类别   | <input type="checkbox"/> 常补<br><input checked="" type="checkbox"/> 非常补 |
| 身份证号码       |       |        |    | 户籍     | <input checked="" type="checkbox"/> 农业<br><input type="checkbox"/> 非农业 |
| 户籍所在地       | 三湖镇   |        |    | 街道(乡镇) | 区(村)                                                                   |
| 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   |                                                                        |
| 陈           | 姐姐    | 女      | 18 | 健康     |                                                                        |
|             |       |        |    |        |                                                                        |
|             |       |        |    |        |                                                                        |
|             |       |        |    |        |                                                                        |
|             |       |        |    |        |                                                                        |
|             |       |        |    |        |                                                                        |

