

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: 2024259

申请日期: 2024年5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	2022.10.01			湖南	
	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
	纯红再障	湘一医院	2022.12月	30-50万			☐ 是 ☒ 否
	残疾类型和级别:						
购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 30%	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2-3万 元 3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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 陈	40	良好		
	母亲 方	36	良好		

申请救助理由(请详细描述):

家庭环境困难. 由于家中两个小孩多是纯红再障, 大的吃药八年, 还有移植. 住院多次. 陈也是早产两个多月生出来. 出来就住院一个多月. 到两个月也查出来纯红再障. 现在陈移植费用太高. 以花费16万多. 无力出医疗费. 本人保证上述情况完全真实. 望公益恤孤助学帮助力

申请人签名: 陈 2024年5月15日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	纯红再障. 行化疗. 费用约30-50万
	医师签名:	方 2024年5月15日
	医院意见(盖章):	情况属实, 请予救助为盼. 中山大学附属第一医院 2024年5月17日
建议给予医疗救助金		¥30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分)
负责人签名:		黄明壮 2024年5月17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 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 马明 2024年5月27日



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名: 陳 性別: 男 年齡: 1岁7月

病种: 造血干细胞移植 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陳

电 话:

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: 2024年5月29日



中山大學 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

科室(Department): 儿科教授门诊

姓名(Name): 陈 性别(Sex): 男

年龄(Age): 1岁3月 门诊号(Clinic No.)

诊断(Diagnosis):

纯红细胞再生障碍性贫血

医生(Doctor):

盖章(Seal):



《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本门诊使用。
- 2、必须由本院医师开具及签名。
- 3、证书具有法律效力, 请谨慎开具。

证 明

兹证明我村 组村民陈 ，男，身份证号码：
，其女陈 ，身份证号码：
，其子陈 ，身份证号码：
姐弟俩都患有纯红细胞再生障碍性贫血疾病，陈 求诊治疗近 8 年，医疗费用 20 万余元，陈 系早产儿，病情更为严重，骨髓移植费用需 30 余万元。因陈 家庭经济困难，系我村低保困难户。目前只有其一人在外务工，无力承担高额医疗费用，请社会各界及爱心人士伸出援助之手，帮助其家庭度过难关，情况属实。

特此证明！

武冈市邓元泰镇山口村委会

2024 年 5 月 15 日



