

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: 2024526

申请日期: 2024 年 6 月 4 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2014年11月			广东云浮	
	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
	小脑蚓部毛细 胞性星型细胞瘤 伴脑室转移		珠江医院	2024年6月4日	20万			☐ 是 ☒ 否
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和 级别:	
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>2</u> 名;		
	父亲	黄	42	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>50000</u> 元		
	母亲	陈	36	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车		
						4、家庭困难类型: <u>低收入(低保边缘)</u>		
						☒ 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		
申请救助理由（请详细描述）		患儿黄 2024年6月确诊小脑蚓部毛细胞性星型细胞瘤并脑室转移，在珠江医院手术治疗后，接下来还需要治疗脑室转移病灶，总共预计需要20万元，家里还有2个老人要赡养，还有2个小孩要上学，本人属单亲家庭，低收入困难家庭，每年家庭的收入不足5万元，家里没有车，只有一个农村自建房，家里还欠债，实在难以承担后续的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024 年 6 月 4 日						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）: 小脑蚓部毛细胞性星型细胞瘤并脑室系统播散转移。患儿已行手术，共花费九万元。后续建议行靶向药物治疗，共两年，需费用约10万元。医师签名: 罗新健 2024年 6 月 4 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元（大写: <u>叁</u> 万 <u>零</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 黄 2024 年 6 月 2 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元（大写: <u>壹</u> 万 <u>零</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 马 2024 年 6 月 24 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: 黃 性别: 男 年龄: 10岁
病种: 小脑蚓部毛细胞性星形细胞瘤伴脑室转移 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

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9月25日

诊断证明书

姓名：黄

科室：小儿神经外科儿科病区

ID号：

住院号：

科别：小儿神经外科儿科病区

入院日期：2024年05月21日

出院日期：2024年06月05日

检查结果：见出院小结

诊断意见：

1. 小脑蚓部毛细胞性星形细胞瘤伴脑室转移，WHO 1级；2. 颅内压增高；3. 第四脑室病损切除术后

处理意见：手术治疗

医生签名：

王强

日期：2024年06月05日

签发单位：（盖章）



云浮市云城区云城街育华社区居民委员会

电话：(0766) 332 7

证 明

兹有我村 村民黄 ，男，身份证号码：

儿子黄 ，男，身份证号码：

患有脑肿瘤，在广州南方医科大学珠江医院治疗。本人属单亲家庭，低收入困难家庭。

特此证明



