

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:

2024007

申请日期: 2024 年 12 月 27 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	马		女	2015.07.28			江		
	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	
	极重型造血功能障碍		中山大学孙逸仙纪念医院(南院)	2024.09.20	30-50万元			☐ 是 ☒ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 677 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	马	35	健康					
	母亲	陈	32	健康					
申请救助理由(请详细描述)	为给孩子治疗,积蓄早已耗尽,并向各亲朋好友多方借钱筹集治疗、移植费用。由于本人七、八月份开始身体腰部不适,加之九月份女儿确诊极重型造血功能障碍,一直无法正常工作,故现已离职失业中,本人妻子陪包中,目前家庭无收入来源,生活压力巨大。望得到恤孤会的救助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 马 2024 年 12 月 27 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断极重型再生障碍性贫血,行 1% 相合无供者异体造血干细胞移植,预计治疗费用 20-30 万元。 医师签名: 周加祥 2024 年 12 月 27 日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 377 元 (大写: 3 万 一 千 七 百 七 十 七 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2024 年 12 月 30 日								
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 五 千 元 角 分) 负责人签名: 马 2025 年 1 月 6 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: 马 [模糊] 性别: 女 年龄: 9
病种: 极重型造血功能再障 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为马 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 马 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周其明

电 话: 1382279353

日 期: 2025年1月7日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:马 性别:女 年龄:9岁 科室:儿科五区(层流室) 床号: 住院号:

姓名:马	住院号:	出生地:广东省肇庆(区)
性别:女	年龄:9岁	科室:儿科五区(层流室)
入院日期:2024-12-09 15:36		出院日期:2024-12-12
临床诊断:极重型再生障碍性贫血		
治疗意见:造血干细胞移植		
记录日期:2024-12-12 11:29	医生:	黄科 儿科五区

