

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:

2025223

申请日期:

2025年4月11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	2019.12.24			广东省湛江市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	尤因肉瘤		广州市儿童医院	2024.10.17	50万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 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____名;		
	父亲 陈	49	一般		2、家庭年收入(不含政府补贴)____元(2025)		
病童家庭情况	母亲 陈	43	不好		3、固定资产:农村房子; 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		
申请救助理由(请详细描述): 因为家庭经济困难,孩子生了大病没钱救治,本人是湛江市霞山区,一家六口靠老么一个人打散工3500一个月维持生活,两个老人又常年身体不好,本人陈 在家照顾两个小孩照顾家庭没工作本来生就很拮据了,现在孩子生了这大病又要上班养家,为了给女儿看病东拼西凑,欠债累累,女儿从湛江医院转到上已进ICU十多个手术才救回来,2024.10.26化疗三、四次不见好转,又转第二个方案化疗做二个疗程每次费用巨大无法凑到钱,因为老么上班女儿老么放假老么就不要他工作了,没有收入。							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 尤因肉瘤,后续需化疗,靶向药物,放疗治疗,费用总计约50万元。						
	医师签名: 李思成 2025年4月11日						
医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 佰 拾 元 角 分)							
负责人签名: 何靖雯 2025年4月27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: 孙锦峰 2025年5月12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: 陈 [REDACTED] 性别: 女 年龄: 5
病种: 尤因肉瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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 [REDACTED] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

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: 2015年5月13日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 陈 性别: 女 年龄: 5岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 尤因肉瘤 3. 真菌感染 4. 肺炎 5. 肠炎 6. 癫痫

医嘱及建议: 患儿2025. 03. 08-2025. 04. 12于我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 董思岐/李静丹

日期: 2025年04月12日 10:00:00

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。





广东省
支出型困难家庭证

广东省民政厅印制



核发单位: 湛江市

发证日期: 2025-04-01

户主姓名: 陈

身份证号码:

编 号:

