

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:

2025.232

申请日期: 2025 年 4 月 24 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨		男	2019年6月			四川西昌	
	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
	黏多糖贮积症 腺毒症		广州妇儿 儿童医院 4/10	2024年6月	803		/	☐ 是 ☐ 否 残疾类型和 级别:
	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	
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; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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	杨	33	良好				
	母亲	何	32	良好				
申请救助理由（请详细描述）		2024年6月确诊黏多糖，刚进移植仓做移植术，12月转至住院近4年，2025年4月因脚感染导致假单胞菌导致腺毒症，后切除左肺第四肋骨其他坏死组织，家里老人也帮忙照顾但因年过半不幸摔断骨折，现只能父母照顾，移植后孩子对环境卫生等要求高，所以父母既工作无收入，因治疗费用高，现申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025 年 4 月 28 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 腺毒的及左下肺感染 (制假单胞菌). 3. 切除肺部坏死组织. 4. 肺部感染治疗. 5. 移植后治疗. 共花费约 8000 元							
	医师签名: 2025 年 4 月 28 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 刘瑞霞 2025 年 4 月 29 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元（大写: 壹万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 刘瑞霞 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:	楊	性別:	男	年齡:	5
病種:	黏多糖貯症五型				
治療醫院:	廣州市白鵝潭兒童醫院				

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），将作为楊的治疗费用。

受助人（监护人）：何
电 话：13822279383
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：周基明
电 话：13822279383
日 期：2015年5月14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：杨 性别：男 年龄：5岁 科别：血液肿瘤病区(珠) 床号 住院号

诊断：1. 粘多糖贮积病II型 2. 造血干细胞移植状态

医嘱及建议：患儿于2024. 10. 22在我院血液肿瘤科日间病房住院治疗。

医师签名：张茹/陈志鑫

日期：2024/10/22 9:14:19

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。



家庭情况说明

兹有患儿杨____, 患粘多糖贮积证二型疾病, 性别男, 年龄 5 岁, 是四川省(区、市)西昌市(州)/县(区)乡/镇____(街道)____村民小组(居委会), (父亲: 杨____-母亲: 何____)村民(居民)的儿子。因治疗费用较高, 家庭收入较低, 难以承担患儿全部医疗费用, 现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲: 杨____身份证号: _____

患儿母亲: 何____身份证号: _____

情况属实, 特此证明。

村委会/居委会盖章: _____



经办人及联系电话: _____



____ 年 ____ 月 ____ 日

