

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: 2025487

申请日期: 2025 年 8 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	卢		男	2025-3-1			广东佛山	
	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
	WAS 综合症		广州孙逸仙纪念医院	2025-5-21	30 万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
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	☒ 城镇居民 50 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 50000 元; 3、固定资产: 1 套房子; / 辆摩托车; 1 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 卢	38	良好					
	母亲 陈	32	良好					
申请救助理由 (请详细描述)		孩子不幸患上罕见病 WAS 综合症, 目前在中山大学孙逸仙纪念医院接受治疗。因孩子治疗费用大, 家庭经济入不敷出, 我和孩子爸爸在去年 9 月份双双失业, 一直打临工。孩子出生后不久确诊疾病, 对此之前已花光所有积蓄, 现因治疗孩子, 已向亲朋好友借了不少, 但费用巨大, 无法支付, 每月还需要还房贷, 万般无奈下, 恳求各位热心社会人士帮帮我们。万分感谢大家! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 8 月 30 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断为“血小板减少伴免疫缺陷综合症”, 以免疫、血小板低, 有造血干细胞移植指征, 预计治疗费用 30 万元。 医师签名: 李科 2025 年 9 月 2 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3 万 元 (大写: 三 万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2025 年 9 月 5 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 零 千 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 刘海清 2025 年 9 月 秘书办								



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: 卢	性别: 男	年龄: 6月龄
病种: WAS 综合征	治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院	

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），将作为卢 的治疗费用。

受助人（监护人）: 卢

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月16日

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明

姓名:卢 性别:男 年龄:5月26天 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:卢	住院号	出生地:广东省佛山市南海县(区)
性别:男	年龄:5月26天	科室:儿科五区(过渡区)
入院日期:2025年08月27日 14时		出院日期:住院行造血干细胞移植中
临床诊断:1.造血干细胞移植状态 2.湿疹、血小板减少伴免疫缺陷综合征 3.肺炎		
治疗意见:继续住院治疗		
记录日期:2025-09-02 10:47		医生:黄科



家庭经济情况说明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 卢 (法定监护人姓名), 身份证号 , 家庭住址 广东省佛山市南海区, 家庭人口共 6 人, 家庭年收入为 50000 元。其子/女 卢 (申请救助儿童姓名), 身份证号 , 患有 罕见病was综合症 疾病, 已在 (广东) 接受治疗。因孩子治疗费用支出, 家庭经济负担重, 基本生活出现困难。

以上所述属实, 特此说明。

村(居)委会所在地: 广东 省(区、市) 佛山 市(州) 县(市、区) 南海区 乡镇(街道) 村。

村(居)委会经办人签字:

联系电话:

(盖章)

2015年 9 月 15 日

