

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: 2025537

申请日期: 2025年9月23日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2014年7月27日			广东省清远市	
	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
	神经母细胞瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2018年12月	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____%	☒ 城镇居民 50%	☐ 商业保险 ____%	☐ 其他保险 ____%	☐ 无	
	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; 1 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	陈	38	良好				
	母亲	张	38	良好				
申请救助理由(请详细描述): 我儿在2018年12月底确诊以来,经历了3次复发,此前每一次确诊都需要经过放化疗,手术,给我们家庭带来了非常沉重的负担。我们还有一个孩子在读初三,还有两位老人需要赡养,生活压力非常沉重,恳请得到基金会的帮助缓解困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025年9月23日								
疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为神经母细胞瘤(三次复发,确诊,胸膜,多发椎骨,远处淋巴结转移,MYCN阴性,11q阳性(无缺失),需要手术,化疗,放疗,费用大约为50万元) 医院意见(盖章): 中山大学孙逸仙纪念医院 儿内科(血液肿瘤科) 2025年9月23日 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元(大写: 3 万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟明 2025年9月23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 伍 千 零 拾 元 正 角 分)(善及海岭收) 负责人签名: 11月13日 2025年10月13日 秘书处 史惠计划病童救助专款								



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 陈 性别: 男 年龄: 11岁
病种: 神经母细胞瘤 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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: 2018年10月15日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:陈 性别:男 年龄:11岁1月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:陈	住院号	出生地:广东省清远市佛冈县
性别:男	年龄:11岁1月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-08-18 14:54		出院日期:2025-09-11 15:36
临床诊断:1.恶性肿瘤神经母细胞瘤(三次复发,难治,胸膜、多发椎骨、远处淋巴结转移,MYCN阴性,11q阳性,1p无缺失); 2.腹膜后肿瘤、腹膜后淋巴结、左肾上腺部分切除、左颈部淋巴结、左纵隔肿瘤、纵隔淋巴结清扫术后; 3.骨髓抑制IV度;(1)贫血II度;(2)血小板减少IV度; 4.肠炎; 5.粒细胞缺乏伴发热; 6.输血反应;		
治疗意见: 详见出院记录		
记录日期:2025-09-11 17:22		医生:黎阳



家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）张（患儿
监护人姓名），身份证号 ，家庭人口共
人，家庭年收入为15000元。

其子/女陈（患儿姓名），身份证号
，患有非霍乱弧菌霍乱（疾病名称），已在浙江大学医学院附属儿童医院
医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基（莫干山地区）
本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字：邹

联系电话

（盖章）

2015年 7 月 17 日

