

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: 2025550

申请日期: 2025年8月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	谢		女	2019.1			广州市增城区
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心	2019.8.	30-40万		
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;	
	父亲	谢	37	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5-6万 元	
申请救助理由(请详细描述)	母亲	陈	35	健康		3、固定资产: 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
患儿谢 患重型地中海贫血于2025.1.09在广州妇女儿童医疗中心住院进行造血干细胞移植.因治疗费用较高家庭收入较低.难以承担全部医疗费用 本人保证上述情况完全真实. 谢 申请人签名: 2025年8月21日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 重型地中海贫血 30-40万元						
	医师签名: 2025年8月21日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2025年10月13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 零 佰 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 2025年10月13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:	谢	性别:	女	年龄:	6
病种:	重型地中海贫血				
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），将作为谢 的治疗费用。

受助人（监护人）: 谢

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 林任超

电 话: 18924052214

日 期: 2021年10月21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：谢 性别：女 年龄：6岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：重型β地中海贫血

医嘱及建议：患儿于2025-09-27开始在我院小儿血液肿瘤病区住院，拟行造血干细胞移植治疗。

医师签名：江华 / 宫薇薇 / 刘阳中

日期：2025-09-29

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

兹有患儿谢，患重型地中海贫血疾病，性别女，年龄6岁，是广东省（区、市）广州市（州）增城县（区）荔城乡镇（街道）木潭村民小组（居委会），（父亲：谢，母亲：陈）村民（居民）的儿子 / 女儿。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：谢 身份证号：

患儿母亲：陈 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：201

2015 年 10 月 10 日

