

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：2025551

申请日期：2025年10月10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	赖	女	2024.3.16			广东省云浮市	
	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
	骶尾部恶性肿瘤多发转移	广州市妇女儿童医疗中心	2025年3月31日	500000			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 70%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别：
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 34000 元 3、固定资产： 0 套房子； 0 辆摩托车； 0 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）	父亲	34	良好				
	母亲	20	健全				
我是赖 一位不愿放弃孩子的母亲。我一岁多的女儿赖 罹患骶尾部恶性肿瘤（已多发转移），同时伴有先天性喉软骨软化及气道狭窄等疾病。孩子因病情持续恶化每日剧痛不止，生命垂危。虽然化疗后肿瘤有所缩小，孩子痛苦减轻，但后续治疗费用高昂。家庭已山穷水尽，丈夫因经济压力放弃，爷爷中风，奶奶聋哑，仅靠我一人四处求助、东拼西凑独自支撑。恳请广东公益恤孤助学促进会给予救助，救救孩子，让她有机会活下去，还能让我抱她在怀里，听她叫一声妈妈。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名：赖 2025年10月10日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：四期高危恶性肿瘤多发转移，约需医疗费50万元						
	医师签名： 2025年9月17日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万 千 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：何靖雯 慈善基金安批大印章 2025年10月13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 佰 拾 元 角 分）（普及帮扶队 黄益计划病童救助云改） 负责人签名： 2025年10月20日 秘书处							



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: 赖 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁7个月
病种: 转移性生殖细胞瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为赖 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 赖 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林信韵

电 话: 18924052214

日 期: 2023年10月21日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：赖 性别：女 年龄：1岁4月 科别：增-PICU1组 床号 住院号

诊断：1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 骶尾部恶性肿瘤（卵黄囊瘤） 4. 转移性生殖细胞瘤（腹股沟、盆腔区及脊椎多发转移） 5. 化疗后骨髓抑制 6. 气管狭窄（声门下区、主气道中段环形膜状物形成并狭窄（1/2）） 7. 操作后的声门下狭窄 8. 呼吸心跳骤停 9. 心脏停搏复苏成功 10. 先天性喉软骨软化病 11. 营养不良 12. 铜绿假单胞菌败血症 13. 铜绿假单胞菌性肺炎 14. 为肿瘤化学治疗疗程 15. 染色体异常。

医嘱及建议：患儿于2025-08-14至2025-10-10在我院增-PICU住院治疗。

医师签名：李木生 / 李木生

日期：2025-10-10 09:39:49

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。



城乡居民最低生活保障证明

兹有我区富林镇 户主赖 身份证号码:

其家庭成员: 配偶刘 (身份证号

码: 、儿子赖 (身份证号:

、孙女赖 (身份证号:

该户属于我区农村低保对象, 特此证明。



