

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: 2025597

申请日期: 2025年10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	2025.6.28			广东省陆丰市东海镇	
	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
	嗜血细胞综合征		广州市妇女儿童医疗中心	2025.09.29	40-50万		/	☐ 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 70_%	☐ 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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>1-3万</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>无</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	41	健康				
	母亲	黄	39	健康				
申请救助理由(请详细描述)		因近几年经济环境持续欠佳,小个体户经营困难已负债十几万,无力承担大部分医疗费用,恳请医院社工联系申请重症病童救助特此感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2025年10月24日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.嗜血细胞综合征(LYST基因型) 2. 输血小板 3. 股静脉穿刺 手术前预估住院费用约12万左右 医师签名: 林楚玲 2025年10月24日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王江水 2025年10月24日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 林锦辉 2025年11月10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

病童姓名: 楊	性別: 男	年齡: 4個月
病種: 噬血細胞綜合症	治療醫院: 廣州婦女兒童醫療中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为楊 的治疗费用。

受助人 (监护人): 楊

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:

18924052214

2025年11月12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：杨 性别：男 年龄：2月 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 噬血细胞综合征 (LYST基因突变) 2. 脐疝 3. 鞘膜积液 4. 腹股沟斜疝 (左侧)

医嘱及建议：患儿于2025. 09. 19-2025. 10. 21在我院风湿免疫科（珠）、PICU（增）、血液肿瘤科（增）住院治疗。

医师签名：江 梁嘉敏

日期：2025年10月21日 10:00:15

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 噬血细胞综合征 疾病，性别 男，年龄 1 岁，是 广东 省（区、市）陆丰 市（州）东海 县（区）白阳 乡镇（街道）白阳 村民小组（居委会），（父亲：杨 母亲：黄 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：杨 身份证号

患儿母亲：黄 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广东 省（区、市）陆丰 市（州）东海 县（区）白阳 乡镇（街道）白阳 村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：陈

联系电话：



