

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2025 701 信息时报人0.2358

申请日期: 2025 年 11 月 25 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2021.2.12			广州市天河区龙溪东大街	
	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
	骨肉瘤		中山大学肿瘤医院	2023.12.9.	80万			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 ____ %	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 30 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 ____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 ____ %	<input type="checkbox"/> 无	残疾类型和级别: 肢体残疾 2级
	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
申请救助理由（请详细描述）	父亲	吴	36	良好	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴）60000 元 3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	母亲	王	37	良好				
<p>（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。）</p> <p>吴 在 2023 年 12 月确诊 骨肉瘤，经历了大小 3 次手术、33 次放疗、化疗 20 多次，术后造成瘫痪，肢体残疾 2 级，生活无法自理，需要长期的康复治疗。由于 2023 年没有购买医保，手术住院费用十几万全自费，治疗两年余已花 50 多万，化疗效果不好，至今仍需每周化疗，后期治疗费用巨大，无法估计。孩子确诊后我即辞去工作，没有了工作收入，加上家人的在救治上不支持，为了治疗能保持的亲友在传播，无奈长期的巨额治疗费用难以独自承担，生活及治疗费用上极为困难。本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 王涵廷 2025 年 11 月 25 日</p>								
调查意见	<p>情况属实。</p> <p>调查员签名: 周其明 2025 年 12 月 22 日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五 千 五 百 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 周其明 2025 年 12 月 22 日</p>								



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：吳 性别：女 年龄：4岁10月
病种：髓母细胞瘤 治疗医院：中山大学肿瘤防治中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款5,000元(大写：人民币伍仟元整)，将作为吴 的治疗费用。

受助人(监护人)：王
电 话：
见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等)：
电 话：
经办人：李 志 高
电 话：18924052214
日 期：2025年12月23日

中山大学附属肿瘤医院疾病证明

姓名:吴

性别:女 年龄:4岁5月 籍贯:广东省广州市天河区

入院日期:2025-07-22 10:58

出院日期:2025-07-28

住院号

入院诊断: 第四脑室髓母细胞瘤 术后 M 期 Group3 分子亚型 脊髓播散治疗后
进展

出院诊断: 第四脑室髓母细胞瘤 术后 M 期 Group3 分子亚型 脊髓播散治疗后
进展

治疗意见:

1.2025年8月13日按期返院行下程化疗。

2.每周复查血常规2-3次,如果白细胞 $<3.0 \times 10^9/L$,升白细胞治疗;如果血小板 $<50.0 \times 10^9/L$,升血小板治疗;如果血小板 $<20.0 \times 10^9/L$,返院输血小板。

3.不适随诊。

医生签名:

路素英

签名时间:2025年7月28日



户主姓名	吴	性别	男
出生年月	1990年08月26日	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭	4
居住地址	广东省广州市天河区龙洞街道中社社区		
户籍地址	广东省广州市天河区龙洞街道中社社区		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	吴	户主	
	王	配偶	
	吴	子女	0
	吴	子女	0

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间

专项社会救助登记			
社会救助内容	金额	对象	救助时间
分类救济金		吴	2025-10起
污水补贴		吴	2025-10起
污水补贴		王	2025-10起
污水补贴		吴	2025-10起
污水补贴		吴	2025-10起

