

广东公益恤孤助学促进会重病症童救助申请表 (媒体推荐)

编号: 20257013信息时段NO. 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 | | | 广州市天河区龙洞东街 | |
| | 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 |
| | 脑膜瘤细胞瘤 | 中山大学肿瘤防治中心 | 2023.12.9. | 80万 | | / | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和 级别: 肢体残疾 二级 |
| 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 | | |
| 病童家庭情况 | 姓名 | 年龄 | 健康情况 | 联系电话 | | | |
| | 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 | | | |
| | 母亲王 | 37 | 良好 | 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: <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 type="checkbox"/> 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) | <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月确诊脑膜瘤细胞瘤，经历3大小3次手术、33次放疗，化疗20多次。术后造成瘫痪，肢体功能二级，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，治疗两年来家庭已花50多万元，因治疗效果不好至今仍需每月住院化疗。后期治疗费用巨大，无法估计。孩子确诊后我已辞去工作，没有了工作收入，加上家人的在经济上不支持。为了治疗能借到的亲友已借遍，无奈长期的巨额治疗费用难以自理，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: 王润连 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> | | | | | | |
| 广东公益恤孤助学促进会意见: | | | | | | | |
| <p>同意救助 ￥5,000.00 元 (大写: 五万伍仟零伍拾零元零角零分)</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: | 吴 | 性别: | 女 | 年龄: | 4岁10月 |
| 病种: | 鼻咽癌细胞瘤 | | | | |
| 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): 五
电 话:
见证人(记者/志愿者/捐赠方
代表等):
电 话:
经办人: *李海燕*
电 话: 18924052214
日 期: 2021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: 

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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

