

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: 2026063温暖1728号

申请日期: 2026年1月19日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钟	男	2020年6月11日			广东省广州市	
	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
	输血依赖型地中海贫血	广州市妇女儿童医疗中心	2021年3月	40至50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 城镇居民	☐ 商业保险	☐ 其他保险	☐ 无
	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 钟	33	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元		
申请救助理由(请详细描述)	母亲 彭	34	健康		3、固定资产: 1 套房子; 0 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		
孩子出生后逐渐出现面色苍白,乏力,黄疸等症状,随病情进展出现肝脾肿大,头颅增大,骨质疏松,检查后需要长期规律输血,该患儿随着年龄增长,输血需求越来越大,甚至危及生命,家人东借西借,勉强能够维持治疗,因前期在广州妇女儿童医疗中心入包治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钟 2026年1月19日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断中间型地中海贫血,进行造血干细胞移植。 预计费用30-40万元 医师签名: 何靖雯 2026年1月19日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟元整) 负责人签名: 何靖雯 2026年1月20日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万零仟元整) 负责人签名: 何靖雯 2026年1月26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: 鍾	性别: 男	年龄: 5岁
病种: 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为鍾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 鍾

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林佐韵

电 话: 18924052214

日 期: 2016年 1月 27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：钟 性别：男 年龄：5岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：地中海贫血

医嘱及建议：患儿诊断输血依赖型地中海贫血，现入仓行异基因造血干细胞移植，移植后规律随访并预防排异及预防感染，治疗费用约40-50万。

医师签名：王少辉 /

日期：2026-01-07 16:14:04

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。



证 明

兹有我蛇塘村民委会 [REDACTED] 村民钟 [REDACTED] (男, 身份证号码: [REDACTED]) 儿子钟 [REDACTED] (男, 身份证号码: [REDACTED]) 患有中重型地中海贫血, 父母在家照顾儿子, 家庭经济收入低, 生活困难, 情况属实。

特此证明

化州市新安镇蛇塘村民委员会

2026年1月8日



