

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：

2026309温暖1689号

申请日期：2026年9月20日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	女	2010.4.9		广东省英德市黄花镇		
	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
	重型地中海贫血	广州市妇女儿童医学中心	2011.4.24	50万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别：/
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<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	1、抚养18岁以下儿童 3 名；		
	父亲 陈	44	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 2万 元		
	母亲 李	38	健康		3、固定资产：自建 套房子；0 辆摩托车；0 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		
申请救助理由（请详细描述）	<p>本人陈 性别：女 出生：2010年4月9日，于2011年4月24日在广州诊断为重型地中海贫血。为根治疾病，第一次2015年8月8日在广州妇女儿童医学中心接受移植手术，前后共花费近30万元。遗憾移植失败。2026年4月7日孩子再次接受移植手术，后续仍需长期抗排斥、抗感染后续治疗及维护费用需约30万元。两次移植已耗尽家中全部积蓄。现向亲朋好友借款整万，目前家庭已无力承担后续高昂的治疗费用。我们绝不放弃任何让孩子康复的机会。现郑重承诺，全部真实。本人保证上述情况完全真实。费用，我们绝不放弃任何让孩子康复的机会。现郑重承诺，全部真实。请给予救助，让孩子重新。</p> <p>申请人签名：陈 2026年4月20日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 重型地中海贫血，拟行造血干细胞移植。费用约30-40万元						
	医师签名：[Signature] 2026年4月20日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：何靖曼 2026年4月20日						
广东公益恤孤助学促进会意见：							
同意救助 ¥45,000.00 元（大写：肆万伍仟零元零角零分）							
负责人签名：[Signature] 2026年8月6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：陈 [redacted] 性别：女 年龄：16
病种：重型地中海贫血 治疗医院：广州妇女儿童医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 45,000 元（大写：人民币肆万伍仟元），将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：李 [redacted]

电话 [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： —

电话： —

经办人： 林 [redacted]

电话： 189 24 05 22 14

日期：2026年5月7日

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: 陈 性别: 女 年龄: 15岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号: 住院号:

诊断:

1. 重型β型地中海贫血 2. 干细胞移植术后


医嘱及建议: 患儿于2026年4月7日入院, 2026年4月20日行造血干细胞移植, 预计费用约30-40万元, 拟继续治疗。


医师签名: 江华 /  / 张桂香

日期: 2026-04-28 11:58:01



- 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。

 扫描全能王 创建



核发单位: 英德民政局

发证日期: 2026. 2. 20

户主姓名: 陈

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	<u>陈</u>	性别	<u>男</u>
出生年月	<u>1982</u>	民族	<u>汉</u>
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	
居住地址	<u>黄花镇三山村委</u>		
户籍地址	<u>同上</u>		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	<u>李</u>	<u>配偶</u>	
	<u>陈</u>	<u>父子</u>	<u>无</u>
	<u>陈</u>	<u>父女</u>	<u>无</u>
	<u>梁</u>	<u>父母</u>	<u>无</u>

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	<u>陈</u>	<u>父母</u>	<u>无</u>
家庭成员照片			
			
姓名: <u>陈</u>	姓名: <u>梁</u>		

家庭成员照片			
			
姓名: <u>李</u>	姓名: <u>陈</u>		
			
姓名: <u>陈</u>	姓名: <u>陈</u>		

