

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: 2026318;温暖1739号

申请日期: 2026年4月9日

| | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------|--|
| 病童资料 | 姓名 | | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 |
| | 谭 | | 女 | 2020.5 | | | 广东省英德市九龙镇 |
| | 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 | 广州妇女儿童医疗中心(海珠) | 2020.6.12 | 40-50万 | | / | <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 70% | <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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 约4万 元 3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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 | | |
| | 父亲 | 谭 | 40 | 肝功能异常, 心脏异常 | | | |
| | 母亲 | 李 | 45 | 良好 | | | |
| 申请救助理由(请详细描述) | <p>尊敬的广东公益恤孤助学促进会全体人员你们好:我是谭 的爸爸, 谭 于2020年5月6日出生, 于2020年6月12日被确诊为重型地中海贫血, 本来并不富裕的家庭, 由确诊至今经常四处带着 奔波就是为了输血治疗维持生命. 近两年 爷爷患有肝癌两年期间又做两次手术, 造成家庭无法负担。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭 2026年4月9日</p> | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 重型地中海贫血 2. 造血干细胞移植状态, 治疗费用 40-50万。 医师签名: 何 2026年4月9日 | | | | | | |
| | 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何 2026年4月16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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何 2026年5月6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: 譚 | 性别: 女 | 年龄: 6 |
| 病种: 重型地中海貧血 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心。 | | |

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), 将作为譚 的治疗费用。

受助人 (监护人): 譚

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: /

经办人: 林信

电 话: 18924052219

日 期: 2026年5月7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：谭 性别：女 年龄：5岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：

重型β地中海贫血

医嘱及建议：患儿2026-3-23至今在我院血液肿瘤科住院，2026-4-7回输无关脐血干细胞，过程顺利。

医师签名：王小梅 / 

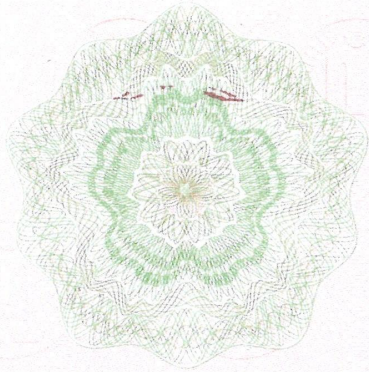
日期：2026-04-10 16:38:46

- 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。



仅作病历使用。





核发单位 英德市民政局

发证日期: 2026. 2. 27

户主姓名 谭

身份证号码

编 号

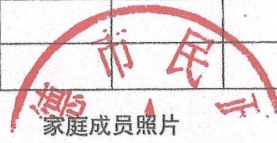
| | | | |
|--------------------|----------------|------|----------|
| 户主姓名 | <u>谭</u> | 性别 | <u>男</u> |
| 出生年月 | <u>1988.10</u> | 民族 | <u>汉</u> |
| 社保卡 (医保卡) 号码 | | 家庭人口 | <u>6</u> |

居住地址 九龙镇团结村委会

户籍地址 同上

| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 |
|--------|----------|----------|-----|
| | <u>谭</u> | <u>妻</u> | |
| | <u>谭</u> | <u>子</u> | |
| | <u>谭</u> | <u>女</u> | |
| | <u>谭</u> | <u>女</u> | |

| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 |
|--------|----|----|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



姓名 李



姓名 谭

