

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: 2026433

申请日期: 2026年6月10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	杨	男	2022.5.7		广东省吴川市兰石镇			
	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 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /	
	地中海贫血	中山大学孙逸仙纪念医院	2022年6月22日	25-30万元				
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 2套房子; 1辆摩托车; 2辆小车 4、家庭困难类型: 自建屋 <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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	杨	41	地中海贫血				
	母亲	梁	37	地中海贫血				
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人孩子仅四岁,确诊地中海贫血,病情危重,经常输血为命,需要手术治疗可根治,长期治疗,复查及用药已耗尽家中积蓄,后续手术及康复费用高昂,家庭无力承担,经济十分困难,全家仅靠孩子父亲一人外出打工维持生计,收入微薄且不稳定,家中尚有孩子读书,还有老体弱的老人要照顾,家中仅有农村自建房及电动摩托车一台,恳请本人保证上述情况完全真实。医疗帮扶,帮助孩子顺利手术过关,本人万分感谢!!</p> <p>申请人签名: 梁 2026年6月10日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿确诊为输血依赖型β地中海贫血,治疗费用需15-20万						
	医师签名:	林伟吟 2026年6月10日						
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 元 零 角 分)						
	负责人签名:	林伟吟 2026年6月10日						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟 元 零 角 分)								
负责人签名: 林伟吟 2026年6月10日								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“善及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名：杨 [模糊] 性别：男 年龄：4岁
病种：地中海贫血 治疗医院：中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为杨 [模糊] 的治疗费用。

受助人（监护人）：杨 [模糊]

电话：[模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电话： /

经办人：林 [模糊]

电话：18924052214

日期：2026年6月23日

项目救助款由

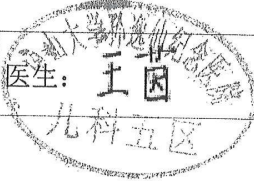


哥哥善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:杨 性别:男 年龄:3岁11月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:杨	住院号:	出生地:广东省湛江市吴川市
性别:男	年龄:3岁11月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间:2026-04-29	出院日期:2026-05-05	
临床诊断:输血依赖型β型地中海贫血(β0/β+; β42-42M/-28M)		
治疗意见:门诊随诊,计划5月下旬返院行造血干细胞移植术。		
记录日期:2026-05-05	医生:王因 	

证 明

兹有我村委会 [REDACTED] 村民梁 [REDACTED] 女.身份证
号码: [REDACTED] 大儿子就读于小学二年级,小儿子
患有地中海贫血症,家中还有年老体弱的家公要照顾,全家只靠
丈夫一人打散工维持生计,家庭劳动力少收入低。

特此证明!

吴川市兰石镇顿谷村民委员会

2026年5月25日



