

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026721

申请日期: 2026年 9月 1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	孔		男	2012年10月27日		广东省怀集县	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	重型再生障碍性贫血		个州市妇	2020-09-10	约30-40万元		
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	孔	42	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴）40000 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	孔	38	正常		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： ☒ 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
患儿孔 于2020年9月10日被确诊为再生障碍性贫血，至今已持续服药治疗数年，但效果甚微。近期经医生诊断，必须进行造血干细胞移植手术，后续治疗费用预计需数十万元。父母因长期陪同患儿赴外地住院就医，无法从事正常工作，目前无固定收入，并向亲友借款约30万元，负债累累，无力承担后续高昂医药费，恳请贵会给予救助，帮助患儿重获新生！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：孔 2026年 9月 1日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：1. 重型再生障碍性贫血 2. 造血干细胞移植手术 骨髓移植费用约50-60万元。 医师签名：孔 2026年 9月 3日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥40000 元（大写：肆万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：孔 2026年 9月 3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） 负责人签名：林钧泽 2026年 9月 14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: 孔 性别: 男 年龄: 13
病种: 重型用障性癫痫 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心 (五牛)

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), 将作为孔 的治疗费用。

受助人 (监护人): 孔

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮维光

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 9 月 16 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: 孔 性别: 男 年龄: 13岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断:

重型再生障碍性贫血

医嘱及建议: 患儿2026.8.19至今在我院血液肿瘤科住院治疗, 拟行异基因造血干细胞移植。

医师签名: 王少博 /

日期: 2026-08-31 11:26:20

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。



家庭情况说明

兹有我村村民孔 [redacted] 性别：男，于 1984 年 12 月 27 日出生，身份证号码：[redacted] 其家庭成员有：妻子，于 [redacted] 身份证号码 [redacted] 儿子，孔 [redacted] 身份证号码 [redacted] 女儿，孔 [redacted] 身份证号码 [redacted] 儿子，孔 [redacted] 身份证号码 [redacted] 孔 [redacted] 是在读生，就读于怀集县 [redacted] 初一年级，因患有再障性贫血，现在就医于广州市妇女儿童医院（珠江医院）住院进行干细胞移植，造成生活压力较大。

珠江新城医院

以上情况属实



