

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: 2026779

申请日期: 2026年9月16日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		男	2024.05.05			江西省龙南市南江乡
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	地贫		FAH医科大 南附属妇儿 儿童医院	2024.8.23	40万		/
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 40%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
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;	
	父亲	陈	36	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 48000 元 固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车	
	母亲	叶	31	听力残疾		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	
申请救助理由(请详细描述)		因病住院家里人口多,无经济收入住院开支大 妈妈听不到声音,无法工作爸爸失业借钱 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年9月16日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 于地中 确诊,行造血干细胞移植,治疗费用约20-30万						
	医师签名: 廖 2026年9月17日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥35000 元 (大写: 叁万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 邱瑞良 2026年9月21日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥40,000.00元 (大写: 肆万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月28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: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁4个月
病种: 重型β型地贫 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 陈 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月30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: 陈 性别: 男 年龄: 2岁4月 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

医嘱及建议: 患儿因上述疾病2026. 09. 08起我院血液肿瘤科住院治疗, 拟行造血干细胞移植术。

医师签名: 张唯亮 // 张唯亮

日期: 2026. 09. 16

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

兹有患儿陈，患肺炎疾病，性别男，年龄2岁，是江西省（区、市）宜春市（州）袁州区县（区）南乡乡镇（街道）东村村民小组（居委会），（父亲：陈，母亲：叶）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：陈 身份证号：

患儿母亲：叶 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：陈

2026年 9 月 16 日

