

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：2024628

申请日期：2024年10月25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	2015-2			广东省化州市	
	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
	髓母细胞瘤		珠江医院	2023.9.25	48万			☐ 是 ☒ 否
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		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 4 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 18000 元 3、固定资产：自建 套房子； 1 辆摩托车； 0 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
	父亲	陈	36	健康		
	母亲	凌	33	健康		

申请救助理由（请详细描述）

我叫陈，今年9岁7个月，2023年9月被确诊髓母细胞瘤（恶性肿瘤），手术后还要长期治疗，包括放疗，化疗和康复（因术后生活不能自理），现已住院治疗已一年多。父母都是农村人，靠打工为生，现由于我病情严重，需要妈妈全天照顾，只能靠爸爸平时打零工。家中共有7口人，其中还有8岁、6岁的妹妹弟弟在上学，2岁多的弟弟喝奶粉。66岁的奶奶也要长年吃药，本是普通家庭，收入不稳定，现在因我治病家里欠三万多了，后面还有很长一段时间的治病，因病返贫，支出困难，特此申请救助！

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：凌 2024年10月25日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患心诊断为髓母细胞瘤，需定期返院化疗，治疗费用还需20万元。	
	医师签名： 赖 2024年10月25日	
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写： 二 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名： 2024年10月29日	

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写： 贰 万 五 仟 零 佰 零 拾 一 元 零 角 零 分）

负责人签名： 2024年11月11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[模糊] 性别: 女 年龄: 9
病种: 髓母细胞瘤 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为陈[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 凌[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: 周基明

电 话: 13822279383

日 期: 2024年11月13日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：陈 科室：小儿血液科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2024年10月23日 出院日期：2024年10月27日
检查结果： 诊断意见： 1. 小脑蚓部髓母细胞瘤化学治疗；2. 小脑蚓部髓母细胞瘤（经典型，WNT型，脊髓播散）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 手术后颅骨缺失；5. 具有脑脊液引流装置；6. 左侧上颌窦炎；7. 运动障碍；8. 脑电图异常；9. 梗阻性脑积水 处理意见：住院治疗。 医生签名： 赖肖蓉 日期：2024年10月27日	

签发单位：（盖章）





广东省 支出型困难家庭证

广东省民政厅印制

户主
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 化州市民政局

发证日期: 2014.08.01

户主姓名: 陈

身份证号码: 440924198808010000

编号: 同上

户主姓名	陈	性别	男
出生年月	1988.08	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	6人
居住地址	化州市		
户籍地址	化州市		
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	凌	夫妻	—
	陈	父子	—
	陈	父子	—
	陈	父子	—

家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

