

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: 2025057

申请日期: 2025年1月14日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑		男	2022.6.3			广东·阳春	
	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
	骨髓母细胞瘤		中山大学附属第一医院	2024.12.15	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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			
	郑	29	健康					
申请救助理由(请详细描述)	本人家庭属农村, 2024年12月12日在柳州确诊恶性肿瘤, 15日转院中一院再次确诊恶性肿瘤。夫妻二人工作不能进行, 无经济收入。2023年8月30, 大儿子先天性尿道下裂又在广州妇儿手术, 至今欠债1万多元。大儿子目前镇中幼儿园中班, 家庭因病至贫, 急需医疗费用。							
	本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 郑 罗 年 1 月 14 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为恶性肿瘤, 已在本院手术, 后续需化疗及放疗, 费用约20万。 医师签名: 郑 2025年1月15日							
	医院意见(盖章): 情况属实, 请予救助。 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: 叁万 仟 佰 元 整)							
负责人签名: 2025年1月15日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 整)								
负责人签名: 2025年1月21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: 郑 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁7个月
病种: 髓母细胞瘤 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为郑 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑 [redacted] 罗 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年1月23日



姓名：郑

科别：心儿科及结构心病区

床号：

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：郑 性别：男 年龄：2岁 出院科别：心儿科及结构心病住院号：

入院日期：2024年12月17日 出院日期：2025年01月15日

出院诊断：1. 第四脑室髓母细胞瘤 (CNS WHO IV级), 2. 梗阻性脑积水, 3. 中枢性甲状腺功能减退症, 4. 中枢性发热, 5. 肺部感染

入院情况及诊疗经过：详见出院记录。



医师：李新秋 / 赵慧敏
2025年01月15日

证明

兹有我村村民郑[]，男（身份证号码：[]，妻子罗[]，女（身份证号码：[]），户籍地：广西壮族自治区[]，两夫妻育有两个小孩，大儿子郑[]，男（身份证号码：[]），目前就读于[]幼儿园中班，小儿子郑[]男（身份证号码：[]）未入园。2024年12月12日查出小儿子郑[]发恶疾，目前在广州中山大学附属第一医院治疗，现已花费12余万，后期还需要继续治疗观察，夫妻两无其他经济收入，家庭生活困难。

特此证明！

阳春市八甲镇合路村民委员会

2025年1月14日



