

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: 2025129401658号

申请日期: 2025年2月21日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	男	2022年2月23号			贵州	
	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
	粘多糖贮积病	广州市妇女儿童医疗中心	2024年11月26号	30万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 55%	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 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 黄	30	健康		
	母亲 罗	28	健康		

申请救助理由(请详细描述)	父亲黄 母亲罗 孩子黄 3岁不幸患粘多糖贮积症为治病家中积蓄耗尽负债累累 后续治疗费用仍缺口巨大为看孩子家中房子变卖家人朋友借遍恩请基金给予救助 让孩子重回正常生活 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年2月21日
---------------	--

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 10-40万	诊断: 粘多糖贮积症. 干眼. 肝脾肿大
	医师签名: 何靖雯	2025年2月21日
	医院意见(盖章):	

建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2025年2月27日

广东公益恤孤助学促进会意见:
同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 角 分)
负责人签名: 孙海峰 2025年3月17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: 黃

性别: 男

年龄: 3岁

病种: 粘多糖贮积病Ⅱ型

治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年3月18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: 黄 性别: 男 年龄: 2岁11 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 细胞治疗(异基因造血干细胞移植) 2. 粘多糖贮积病II型 3. 干细胞移植状态 4. 败血症(阴沟肠杆菌)
粘多糖贮积病II型

医嘱及建议: 患儿于2025.1.25至2025.3.9在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 肖新华

日期: 2025年03月09日 09:06:18

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。



低 保 证 明

兹有我办 归化街道社区居民黄 (户主)，性别：男，民族：汉，身份证号码为：520302197001010015，其家庭成员黄 文 性别：男，民族：汉族，身份证号码为：520302197001010015，
目前正享受贵州省城市最低生活保障待遇，其低保家庭编号为：520302001001010015

特此证明

归化街道办事处公共事务管理办公室

2025 年 2 月 13 日

经办人(签字)：徐

联系电话：

