

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: 2025212

申请日期: 2025 年 4 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	
	谢		女	2019.2.17			广东省信宜市	
	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
	胚胎性横纹肌 肉瘤		南方医科 大学珠江 医院	2025.1.27	40-50万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 92 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>0.4万</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		
	父亲	谢	31	健康				
	母亲	钟	33	健康				
申请救助理由 (请详细描述)		我于2024年6月28日跟孩子的爸爸离婚了,两个孩的抚养权归我一个人,现在因为孩子生病已经辞去了工作,虽然买了医保,但是孩子是在三个月期间确诊了这个病,所以不能确定医保生效后是否能报销,孩子这几次治疗的医疗费用用了机满筹的善款,现在已全部用完了才治疗到第四期,医生给出治疗方案为40周,后续治疗费用已无力支撑,故此需要申请救助金来拯救我年幼的孩子。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钟 2025 年 4 月 21 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用)							
	胚胎性横纹肌肉瘤(低级别, 纵), 大概需要40-50万							
	医师签名: 林		2025 年 4 月 21 日					
医院意见 (盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥ 70000 元 (大写: 七万 仟 佰 拾 元 角 分)								
负责人签名: 林		年 月 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分)								
负责人签名: 林		2025 年 5 月 6 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: 谢 [redacted] 性别: 女 年龄: 6

病种: 胚胎性横纹肌肉瘤 治疗医院: 广州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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为谢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钟 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2025年5月7日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：谢 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：2025年04月09日

出院日期：2025年04月16日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

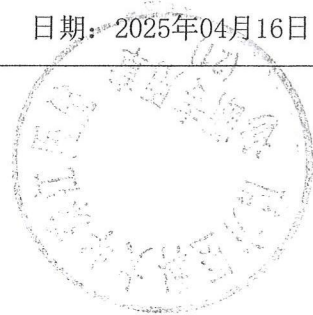
1. 胚胎性横纹肌肉瘤化学治疗；2. 腹部横纹肌肉瘤（胚胎型，高危，无中枢侵犯）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 腹腔积液；5. 鼻窦炎；6. 盆腔积液；7. 胸腔积液

处理意见：住院治疗。

医生签名：张彦奇

日期：2025年04月16日

签发单位：（盖章）



证 明

兹有我社区[]居民谢[]，女，身份证号码：[]。原在港口镇[]；其母亲钟[]，34岁，目前失业（曾在奶茶店工作，每月平均收入约3300元）；其父亲谢[]，32岁，目前失业（曾在信用卡法务部做业务员，每月平均收入约3000元）；其姐姐谢[]女，9岁，在港口镇[]就读三年级[]，谢[]因患上胚胎横纹肌肉瘤，目前正在接受化学治疗（3月19日进行第三次化疗）。为了全身心照顾[]，不错过每一个治疗的关键节点，帮助孩子顺利康复，父母双方不得不辞去工作，全身心投入到孩子的治疗与护理当中。如今，家庭失去了主要经济来源，在治疗费用和日常生活开支的双重压力下，陷入了临时生活困境。

特此证明！

港口镇港口社区居委会

2025年3月13日



