

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号：2025338 温暖1677号

申请日期：2025年6月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号	户籍所在地	
	韦		男	2013年4月12日		荔波县朝阳镇	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	脑胶质瘤		中山大学肿瘤医院	2023.11.14	20万		
病童家庭情况	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
	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 1 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 4.5万 元； 3、固定资产： 套房子； 1 辆摩托车； 辆小车； 4、家庭困难类型：		
	父亲 韦		健康	1763094127	☐ 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）	母亲 黎		健康	1736509438			
	（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。） 尊敬的基金会领导，我是贵州省黔南布依族苗族自治州荔波县朝阳镇村民韦，一出生就患地中海贫血，从出生至2019年2月12日，6年里每个月至少需输血一次，来维持生命。直至2019年2月12日做了造血干细胞移植手术后才停止输血，但术后经历了长期的术后康复治疗。2023年10月我又被查出患脑胶质瘤，并于当年11月在贵州省贵阳医学院做肿瘤切除手术，术后持续化疗手术加上术后双目失明，又辗转至广西医科大学和广州中山大学眼科医院求治眼睛，未果。2024年11月脑瘤复发又于当月到广东中山大学附属肿瘤医院做第二次肿瘤切除手术，术后辗转广东第二人民医院做颅内感染治疗如打亚胺化疗。由于身体不好，如长期照顾我无法工作，全家开支全靠爸爸打工维持，导致家庭贫困，恳请基金会给予救助为盼！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名： 韦 2025年6月18日 求助为盼！						
调查意见	情况属实。 调查员签名： 周其明 2025年7月7日						
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ￥10,000.00 元（大写：壹万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名： 梁栋树 2025年 秘 月 7 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: 韦 [redacted] 性别: 男 年龄: 12
病种: 脑胶质瘤 治疗医院: 中山大学附属肿瘤医院 防治中心

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), 将作为韦 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎 [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: 18924052214

日 期: 2015 年 7 月 9 日

姓名: 韦 科(区)别: 儿童肿瘤病区 床号 住院号

出院记录

姓名: 韦 性别: 男 年龄: 12 岁 住院号

籍贯: 贵州省 职业: 学生

入院日期: 2025-05-30 17:01

入院诊断: 颅内恶性肿瘤 右额叶儿童高级别 胶质瘤综合治疗后复发 (WHO4 级 IDH1、IDH2 无突变)

出院日期: 2025-06-04 08:29

出院诊断: 颅内恶性肿瘤 右额叶儿童高级别 胶质瘤综合治疗后复发 (WHO4 级 IDH1、IDH2 无突变)

住院天数: 5 天

各种特殊检查号码: X 光号: 病理号

住院经过 (包括病情变化、检查及治疗经过, 手术应注明具体时间、术式):

患者入院后完善相关检查, 于2025年6月1日至2025年6月3日行贝伐珠单抗+大剂量顺铂+CCNU+VCR方案化疗1程, 过程顺利, 化疗结束后恢复良好出院。

出院情况 (包括主要体征、治疗结果、合并症或后遗症):

一般情况良好, 心肺腹无特殊。

出院医嘱及随诊要求:

- 2025年7月11日按期返院行下程化疗。
- 每周复查血常规 2-3 次, 如果白细胞 $<3.0 \times 10^9/L$, 升白细胞治疗; 如果血小板 $<50.0 \times 10^9/L$, 升血小板治疗; 如果血小板 $<20.0 \times 10^9/L$, 返院输血小板。
- 不适随诊。

记录医生: 孙斐斐

医生签名:

签名时间: 2025年6月4日

经户主申请,乡(镇)人民政府组织入户进行家庭收入调查和“民主评困”,乡(镇)人民政府审核,县级人民政府民政部门审批,并经乡(镇)和村张榜公示后群众无异议或异议不成立,该户符合有关政策法规规定条件,准予享受农村居民最低生活保障待遇,特发此证。

发证机关:



低保证号:

领取低保金银行存折(卡)号:

家庭基本情况

户主姓名	毛	性别	男				
家庭户籍人口	1人	家庭共同生活人口	1人	户主照片			
保障类别			是否列为扶贫开发对象				
户主身份证号							
家庭住址		朝阳区镇汉江村					
家庭成员情况							
成员关系	姓名	性别	出生年月	健康状况	劳动力状况	户籍类别	备注
户主	毛	男	2024			农村	

审批登记

享受保障待遇人口	人
核定家庭年人均纯收入	元
季度人均基本保障金额	元
享受增发补助金特殊困难人口	人
核定季度特殊困难对象增发补助金额	元
核定家庭季度发放低保金总额	元
核定动态管理期限	年(季度)

审批意见:

该户自2025年1月起至2025年12月止按照上述核定项目及标准享受农村居民最低生活保障待遇。



审批机关:(盖章)

办公年月日

季度	金额	领取(发放)时间	领取人签名(盖章)

动态管理审核登记

享受保障待遇人口	人
核定家庭年人均纯收入	元
季度人均基本保障金额	元
享受增发补助金特殊困难人口	人
核定季度特殊困难对象增发补助金额	元
核定家庭季度发放低保金总额	元
核定动态管理期限	年(季度)

审批机关核准意见:

该户自 年 月起至 年 月止按照上述核定项目及标准享受农村居民最低生活保障待遇。

审批机关:(盖章)

年月日

季度	金额	领取(发放)时间	领取人签名(盖章)

