

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: 2025357

申请日期: 2025年6月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	2024.03.05			广东罗定市	
	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
	视觉毛细胞黏液样星形细胞瘤		南方医科大学珠江医院	2025.04.01	300000			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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		
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) 30000 元 3、固定资产: 0 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	梁	20	一般				
	母亲	莫	21	甲状腺结节				
申请救助理由(请详细描述)		我家是普普通通的农村家庭,收入微薄且不稳定。一家人虽然日子过得清苦,但也相互扶持,充满了温暖。但今年4月儿子被确诊患上胶质瘤,这一消息如同一场暴风雨,瞬间打破了家庭原本的平静。为了能尽快治好病,在南方医科大学珠江医院接受治疗,医生说这个病需要立马手术和长期治疗和护理,治疗过程不仅漫长,而且费用极高。截至目前,已经花费了将近15万元,这对我们来说,无疑是一个天文数字。我从怀孕起就没有工作,儿子的爸爸也不得不辞掉工作照顾家庭,失去了主要的经济来源。所以,我怀着万分恳切的心情向贵机构申请大病救助,希望能得到你们的援助,让我们的家庭能重新回到正常的轨道。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 莫 2025年6月30日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为视觉毛细胞黏液样星形细胞瘤,需定期返院化疗。后续治疗费用需10万元整。							
	医师签名: 赖少芳				2025年6月30日			
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 叁万 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025年7月4日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元(大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 孙铭河 2025年7月4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: 梁 [redacted] 性别: 男 年龄: 1岁4个月
病种: 脑胶质瘤 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为梁 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 莫 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 18924052214

日 期: 2015年7月16日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：梁 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06月02日 出院日期：2025年06月08日
检查结果：详见出院小结。 诊断意见： 1. 视束毛细胞黏液样星形细胞瘤化学治疗；2. 视束毛细胞黏液样星形细胞瘤；3. 脓毒血症；4. 症状性癫痫[继发性癫痫]；5. 重度营养不良伴消瘦；6. 化疗后骨髓抑制；7. 胃肠功能紊乱；8. 转氨酶升高；9. 凝血功能异常 处理意见：住院治疗。 医生签名：张立奇 日期：2025年06月08日	

签发单位：（盖章）

证 明

兹有我太西村委 [REDACTED]，梁 [REDACTED]（性别：男，汉族，身份证号码：[REDACTED]），患有脑肿瘤病，现在医院住院治疗，目前治疗费用已超十多万元，其家庭属农业户口，家中有 8 人，现时家庭生活主要来源靠其父母打零工，工资每月 2000 元，无固定资产，每年 3 万左右，负债较多，经济收入少，家里还有老人生病需要治疗和长期吃药，无其他外来经济支持，生活困难，情况属实。

特 此 证 明

罗定市太平镇太西村民委员会

电话：[REDACTED]

经办人：[REDACTED]

日期：2025 年 6 月 26 日

