

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:

2025356

申请日期: 2025 年 6 月 11 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钟		女	2024.5.7			广东省中山市小榄镇	
	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
	髓系白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.1.1	50万-80万左右			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 % ☐ 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 2 名;	
	父亲	吴	35	良好			2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 元	
	母亲	钟	36	良好			3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车	
								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
申请救助理由（请详细描述）		我女儿患髓系白血病高危,需要做移植,医生说移植费用最少要准备30-50万左右,还有后续的治疗费用,我家里的经济特别困难,外公因坐肺病治病多年,于今年初去世,家婆患有二级精神病,没有工作能力,家中还有46岁的儿子正在上幼儿园,我老公在租车公司租了一辆车跑滴滴车,家里十分困难,实在是拿不出这么多钱,本人保证上述情况完全真实,希望能得到帮助渡过难关。 申请人签名: 钟 2025 年 6 月 11 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊“急性髓系白血病复发（M7, 单独骨髓）”, 目前化疗及后续移植费用约40万, 造血干细胞移植。							
	医师签名: 372 2025 年 6 月 27 日							
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ¥ 372 元（大写: 3 万 7 千 2 百 拾 元 零 角 分）		负责人签名: 林伟吟 2025 年 7 月 1 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰 万 伍 千 零 拾 元 零 角 零 分）		负责人签名: 2025 年 7 月 14 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: 鍾

性别: 女

年龄: 1

病种: 急性腎炎性自血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为鍾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 鍾

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: 18924052214

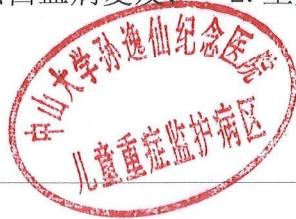
日 期: 2015年 7月16日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:钟 性别:女 年龄:1岁 科室:儿科重症监护病房 (PICU) 床号 住院号

姓名:钟	住院号	出生地: 湖南省邵阳市武冈市
性别:女	年龄:1岁	科室:儿科重症监护病房 (PICU)
入院时间: 2025-05-27 12:55		出院日期: -
临床诊断: 1. 急性髓系白血病复发; 2. 重症肺炎; 3. 小儿肠炎;		
治疗意见: 继续住院治疗。		
记录日期: 2025-06-02 18:36		医生: 洪伟聪



核发单位: 中山市民政局

发证日期: 2025年7月1日

户主姓名: 钟

身份证号码:

低保证编号:



户主姓名	钟	性别	女	
出生年月	1989-03-21	职业		
医保卡号		家庭人口	4	
居住地址	小榄镇			
户籍地	中山市 小榄 县(市、区) 新市 乡镇(街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	吴	丈夫		
	吴	子		
	钟	女		

家庭成员照片

		
姓名: 吴	姓名: 吴	姓名: 钟
核发单位盖章	核发单位盖章	核发单位盖章
注明: (此处贴小一寸照片)	注明: (此处贴小一寸照片)	注明: (此处贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:

