

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: 2025374

申请日期: 2025年 7月 4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	2021.8			广西柳州		
	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	
	神经母细胞瘤		中山大学附属第一医院	2024.1.18	70万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:	
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</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	黄	39	健康					
	母亲	覃	37	健康					
申请救助理由（请详细描述）		尊敬的基金会领导你们好. 我儿黄 于2024年1月18日确诊神经母细胞瘤在这半年的治疗中. 孩子做过3次心肺复苏抢救. 2次手术. 10次化疗. 15次放疗. 2次单抗治疗. 家庭因救治孩子已花费近百万元. 目前负债几十万元. 并且家中还有12岁女儿需要抚养. 我儿肿瘤复发引发儿童肿瘤心脏. 脑萎缩. 现处于瘫痪状态. 除了神经母细胞瘤还需要进行心脏调养加序复治疗. 治疗费用缺口非常大. 现恳请恤孤基金会伸出援手帮助. 本人保证上述情况完全真实. 盼我们渡过难关. 万分感谢 申请人签名: 覃 2025年 7月 4日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 化疗10次 患10岁神经母细胞瘤, 缺血缺氧性脑病, 肺动脉高压, 胃瘫, 系统治疗费用近80元. 医师签名: 2025年 7月 4日								
	医院意见（盖章）: 情况属实, 请予以救助为盼. 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 贰仟 伍佰 拾 元 正 角 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 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025年 7月 4日 秘书处								



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11个月
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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): 曾

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28日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：黄

科别：心儿科及结构心病区 床号：

住院号：

住院患者情况说明

姓名：黄 性别：男 年龄：3岁1 科别：心儿科及结构床号 住院号

目前诊断：麻痹性肠梗阻

胃瘫

胆囊内胆汁淤积

儿童肿瘤心脏病

缺血缺氧性脑病

左侧肾上腺神经母细胞瘤(伴多发骨转移，IV期，高危，综合治疗后)

脑萎缩

入院情况及诊疗经过：患儿主因“确诊神经母细胞瘤1年余，返院治疗。”入院，患儿合并缺血缺氧性脑病，麻痹性肠梗阻、胃瘫，建议住院予肠外营养支持、康复等治疗。

医师签名：

2025年07月03日

证明

兹证明 黄 身份证号码:

家庭住址: 柳州市柳南区 ,

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年05月01日

该证明开具日期为2025年06月10日, 自开具日期起有效期
为6个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	黄		06月	2024年05月01日
2	覃		06月	2024年05月01日
3	黄		06月	2024年05月01日
4	黄		06月	2024年05月01日



