

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: 2025443

申请日期: 2025 年 8 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		男	2014.6.16	[模糊]		江西省, 赣州市	
	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
	骨髓增生异常综合征		中山大学孙逸仙医院	2025年4月	80万元		/	☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	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	残疾类型和级别:
	30%		无	无	无	无	无	/
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名;			
	父亲 [模糊]	42	高血压	[模糊]	2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元			
医院填写	母亲 [模糊]	42	肝炎	[模糊]	3、固定资产 <u>自建</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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			
我来自一个普通的农村家庭, 我的儿子 [模糊] 最近被确诊出患有骨髓增生异常综合征, 这突如其来的打击几乎摧毁了我们家庭的经济基础。长期的医疗支出迅速耗尽了我们的积蓄, 我们不得不放弃工作全职照顾他, 家庭步入了前所未有的经济困境, 因此, 我迫切地申请广东公益恤孤助学促进会重症病童救助, 希望能减轻家庭的经济困难, 为家庭带来一丝生机。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2025 年 8 月 13 日								
疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊骨髓增生异常综合征, 于我院行造血干细胞移植, 治疗费用预计 50 万元。 医师签名: [模糊] 2025 年 8 月 13 日 医院意见(盖章): [模糊] 2025 年 8 月 14 日 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: <u>三</u> 万 <u>零</u> 千 <u>零</u> 百 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: [模糊]								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>伍</u> 千 <u>零</u> 百 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: [模糊] 2025 年 8 月 25 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:	賴	性别:	男	年龄:	11
病种:	骨髓增生异常综合征				
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），将作为賴 的治疗费用。

受助人（监护人）: 賴

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等): /

电 话: /

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025年8月26日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名: 赖 性别: 男 年龄: 11岁 科室: 儿科五区(层流室) 床号 住院号

姓名: 赖	住院号	出生地: 江西省赣州市龙南县(区)
性别: 男	年龄: 11岁	科室: 儿科五区(层流室)
入院日期: 2025年07月22日 15时		出院日期: -
临床诊断: 骨髓增生异常综合征(难治性血细胞减少, 伴5q-, TP53复杂核型体系突变), 肝功能损害, 红细胞葡萄糖6磷酸脱氢酶缺乏症, 超重, 维生素D缺乏, 卵圆孔未闭		
治疗意见: 患儿有造血干细胞移植指征, 现寻得合适非血缘外周干供者, 此次住院按计划行造血干细胞移植治疗。		
记录日期: 2025-08-05 09:21		医生: 洪炜聪

证 明

兹龙南市武当镇横岗村 村民，姓名：赖
身份证号码 ，为我镇最低生活保障
人员。

特此证明。

龙南市武当镇便民服务中心

2025 年 8 月 11 日



