

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: 2025663温暖1693号

申请日期: 2025年9月16日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	吴		男	2015年12月14			四川省金堂县		
	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	
	地中海贫血		广州市第一人民医院	2016年7月14	80万			☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 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				
	父亲	罗	41	心脏病					
	母亲	吴	39	健康					
申请救助理由(请详细描述)	(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。) 吴于2016年被确诊患有地中海贫血,自确诊以来进行了10年的输血去铁的治疗,后续还要长期治疗,包括定期检查,药物治疗等,这使得家庭在医疗方面的支出巨大,加上父亲抄心病加重为心衰晚期无法工作,只有母亲打零工维持生计,收入也因此减少,目前家庭为了给子治病不仅花光了所有积蓄,还向亲戚借了不少钱,后续的治疗费用仍有100万的缺口,家庭经济状况十分困难,难以承担孩子后续的治疗费用,所以特此申请救助,望领导批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2025年9月16日								
调查意见	情况属实。 调查员签名: 周基明 2025年12月8日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 李锐 2025年12月8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: 吳	性别: 男	年龄: 9
病种: 地中海贫血	治疗医院: 广州市南沙中心医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为吳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2019年12月12日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：吴 编号：
身份证号： 性别：男 年龄：9岁
病区：南沙骨髓移植病区 住院号：
入院日期：2025-11-26 床号：
出院日期：未出院

入院诊断：1、重型β型地中海贫血；2、铁过载；

出院诊断：未出院

病情摘要：患者行地贫基因治疗（基因修饰后的自体造血干细胞移植），
2025-12-2入仓，拟2025-12-10输注细胞。术后恢复需要一定时间，预计需要休学半
年。

备注：

医生签名：周 磊
签名时间：2025-12-02 12:13
（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章
（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）



最低生活保障身份证明

兹有 吴 (身份证号码) ,属于 成都市/金堂县/高板街道/玉亭村 居民,现居住 (家庭地址), 该家庭从 2024年12月01日 起至今享受最低生活保障。

该家庭享受最低生活保障待遇的成员有 吴 、 罗

吴 吴 罗

(填写家庭成员姓名、身份证号码)。

特此证明。



