

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: 2026279

申请日期: 2026年4月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	谢	男	2022.2.11		陈福美镇化		
	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
	重型β地中海贫血	中山大学逸仙医院南院	2022.5	25万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 30%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元 3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	谢	37	良好			
	母亲	何	37	良好			
申请救助理由(请详细描述)	患者谢 37岁确诊重型β地中海贫血, 视配型中华库全相合移植于3月20日回琼干细胞, 由于父母亲在医院陪护, 现目前无业, 家里还有一个哥哥在上学, 移植治疗费用还有未知5万左右, 希望亲们得到你们的帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2026年4月9日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊重型β地中海贫血, 输血依赖, 有造血干细胞移植适应症, 于2026-3-9入层流仓, 于2026-3-20输注供者细胞, 于2026-4-4出层流仓, 所需移植治疗总费用约20万元。 医师签名: 林伟吟 2026年4月9日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 37777 元 (大写: 3万 仟 佰 柒 拾 七 元 零 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年4月10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 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年4月20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: 謝 [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 重型β型地中海贫血 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为谢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052219

日 期: 2026年4月22日

证明

兹有仁化县丹霞街道黄屋村委会 [REDACTED] 村民 谢 [REDACTED]
[REDACTED] (男, 身份证号码: [REDACTED]) 现地中海贫血在中山大学孙逸仙纪念医院住院。家里 4 口人, 父亲谢 [REDACTED]
[REDACTED] (男, 身份证号: [REDACTED]) 在当地务工, 收入微薄。母亲何 [REDACTED] 女, 身份证号 [REDACTED]
在当地务工, 收入微薄, 哥哥谢 [REDACTED] 现在就读五年级, 其父母抚养小孩读书。家庭收入主要是务工收入, 该家庭经济困难, 其家庭经济条件在当地属较为贫困, 情况属实。

特此证明。

出证人: [REDACTED]

联系方式 [REDACTED]

黄屋村委会

2026 年 4 月 3 日

