

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3月20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	2022.11.6	[模糊]		广东省揭东县	
	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
	松果体母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025.8.23	40万			<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 70%	<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			
	父亲	[模糊]	33	健康	[模糊]			
	母亲	[模糊]	28	健康	[模糊]			
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>70000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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								
申请救助理由(请详细描述)		在孩子妈妈怀孕二胎两个左右确诊松果体细胞瘤治疗出院后复发重新治疗确诊松果体母细胞瘤因为前面治疗花费了10万左右现在需要重新治疗已经又花费9万左右孩子妈妈马上生产二胎实在困难希望得到基金会的帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2026年3月20日						
医院填写		疾病诊断及治疗(费用): 40万元。 松果体恶性肿瘤 医师签名: [模糊] 2026年3月23日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: [模糊] 2026年4月8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 伍仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: [模糊] 2026年4月20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:	卢 [redacted]	性别:	男	年龄:	3
病种:	松果体母细胞瘤	治疗医院:	增城妇儿中心		

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), 将作为卢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话: [redacted]

经办人: 林作福

电话: 189 2405 2214

日期: 2026年4月23日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：卢 性别：男 年龄：3岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 颅内占位性病变(松果体母细胞瘤) 2. 脑积水 3. 脑肿瘤切除史

医嘱及建议： 患儿于2026.02.24-2026.03.18在我院增-神经外科1组、SICU、增-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名： //徐心雨

日期：2026.03.18

徐心雨

注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



低收入证明

兹证明：卢 [REDACTED] 同志（身份证号码：
[REDACTED]）系我村村民。经我村初步核实，
该家庭个人月均收入约为人民币 800 元，家庭整体经济状况较为困难，属于我村低收入家庭范畴。
该同志目前身体状况健康，家庭主要困难原因为：孩子生病

特此证明。

证明单位(盖章):

经办人签字: [REDACTED]

联系电话: [REDACTED]

日期:2026 年 3 月 16 日

