

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: 2026297

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	
	廖	男	2012.9		广西鹿寨县	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	再生障碍性贫血	广州市第一人民医院	2021年9月	50万		
	是否残疾	残疾类型和级别:				
	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否					
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <u>80</u> %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 商业保险 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 其他保险 <u> </u> %	<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 <u>2</u> 名;	
	父亲 廖	40	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>约4万</u> 元	
	母亲 廖	37	健康		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: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" 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)	<p>1. 患儿基本情况: 患儿于2021年9月因血小板低入院, 确诊再生障碍性贫血, 于2021年9月进行了造血干细胞移植手术, 现病情恢复不好, 后续需长期进行康复治疗。治疗周期长, 药物、检查及住院费用高昂, 远超家庭承受能力。</p> <p>2. 家庭经济情况: 患儿家庭成员包括父母、妹妹。患儿父亲打零工为主要收入来源, 患儿母亲需停工陪护, 患儿妹妹仍在读幼儿园, 家庭积蓄已基本耗尽, 并向亲友借款10多万, 且异地就医的交通住宿费每月开支让家庭入不敷出。期望申请资助以减缓治疗压力, 非常感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 廖 2026年4月9日</p>					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 异基因造血干细胞移植术后(非血缘男换男.HLA 9/10相合, 叶俊叶) 2. 植入成功, 3. 查体再打片, 4. 查体中血小板下 医师签名: 莫 2026年4月9日 移植预估总费用50万元					
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 <u>¥30000</u> 元 (大写: <u>叁万零仟零元零角零分</u>) 负责人签名: 莫 2026年4月10日					
广东公益恤孤助学促进会意见:						
同意救助 <u>¥35,000.00</u> 元 (大写: <u>叁万伍仟零元零角零分</u>) 负责人签名: 李 2026年4月10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: 廖 性别: 男 年龄: 13
病种: 再生障碍性贫血 治疗医院: 广州市第一人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为廖 的治疗费用。

受助人 (监护人): 廖

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2016年4月29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：廖 [redacted] 性别：男 年龄：13岁
身份证号： [redacted] 住院号： [redacted]
病区：危重症监护中心病区 床号：24
入院日期：2026-02-26 出院日期：仍在住院

入院诊断：1、免疫性血小板减少；2、重度再生障碍性贫血；3、非血缘外周血造血干细胞移植（男供男，HLA9/10,0+供0+, HBcAb+）；4、重度免疫缺陷；5、免疫球蛋白缺乏；

出院诊断：目前仍在ICU住院。

病情摘要：

患者目前诊断：1、急性胰腺炎；2、中量心包积液；3、重度再生障碍性贫血；4、非血缘外周血造血干细胞移植（男供男，HLA9/10,0+供0+, HBcAb+）；5、免疫性血小板减少；6、重度免疫缺陷；7、免疫球蛋白缺乏；8、肺部感染；9、肾功能不全；10、重度贫血；11、白细胞减少；12、副鼻窦炎；13、Lung-ARDS 2类结节；

备注：

医生签名： [redacted]

签名时间：2026-04-27 17:13

（住院病区盖章）



（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

证明

兹证明 廖 身份证号码:

家庭住址: 广西鹿寨县四排镇

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2025年07月01日

该证明开具日期为2026年04月02日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

鹿寨县四排镇人民政府 (盖章)

2026年04月02日



