

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: 2026483

申请日期: 2026 年 4 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	丁		女	2015.10.31			广东省汕头市濠江区滨海街道	
	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
	再生障碍性贫血		南方医科大学珠江医院	2025.8.6	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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			
	父亲	丁	41岁	健康				
	母亲	丁	39岁	健康				
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>2-3万</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>1</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								
尊敬的领导: 你好 我的女儿丁 在2025年8月份确诊为再生障碍性贫血, 10月份做了造血干细胞移植。移植后孩子接连出现严重并发症, 至今孩子总治疗自费开销已花 28 万多, 实在无力承担正在治疗和后续的医疗费用。特向广东公益恤孤助学促进会申请医疗救助! 望领导给予救助! 万分感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 丁 2026 年 4 月 30 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊重型再生障碍性贫血, 行造血干细胞移植, 合并 EVANS 综合征, CMV 感染及青光眼。继续治疗中, 预计费用 20 万 医师签名: 林钧泽 2026 年 4 月 30 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元（大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 5 月 7 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>10,000</u> 元（大写: 壹万仟佰拾元零角零分） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 6 月 6 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: 丁 [redacted] 性别: 女 年龄: 10

病种: 再生障碍性贫血 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为丁 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 丁 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人:

电 话:

日 期: 2016年7月9日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：丁 科室：小儿血液科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年04月11日 出院日期：
检查结果： 诊断意见： 1. 巨细胞病毒血症 ； 2. 造血干细胞移植状态（无关全合，A+供A+） ； 3. 再生障碍性贫血（重型） ； 4. 青光眼； 5. EVANS综合征 处理意见： 住院治疗 医生签名： 林丹娜 日期：2026年04月15日	

签发单位：（盖章）





核发单位: 濠江民政局

发证日期: 2026.4

户主姓名: 丁

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	丁	性别	男
出生年月	1984.06.02	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	4
居住 地址	[REDACTED]		
户籍 地址	[REDACTED]		
低保资金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	丁	配偶	
	丁	子	
	丁	女	

