

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: 2026516

申请日期: 2026年6月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2016.9.24			广州花都区	
	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
	骨髓造血异常增生综合征		中山大学孙逸仙纪念医院	2026.5.	50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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 2 名;		
	父亲	陈	48	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元		
	母亲	陈黄	36	良好		3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 1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		
申请救助理由(请详细描述): 患儿陈于2026.5月确诊骨髓造血异常增生综合征(伴7号染色体单体SAMD9胚系突变),在中山大学孙逸仙纪念医院治疗抗感染,检查后实际需要骨髓移植,治疗周期长,医药费高昂,农保按政策报销后仍留有大额自费,家中仅父亲一人务工挣钱,为治病耗尽全部积蓄,家庭因病陷入困难,四处举债,无力承担剩余治疗费用,特申请恤孤基金救助帮扶。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 黄 2026年6月25日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿于2026年5月诊断为骨髓造血异常增生综合征(伴7号染色体单体缺失, SAMD9胚系突变),拟行造血干细胞移植,费用约50万元。 医师签名: 2026年6月25日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 577 元 (大写: 伍佰柒拾柒元一角一分) 负责人签名: 林伟明 2026年6月3日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟元整) 元 (大写: 叁万伍仟元整) 元 (大写: 叁万伍仟元整) 负责人签名: 2026年7月13日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 陈 性别: 女 年龄: 9岁
病种: 骨髓增生异常综合征 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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

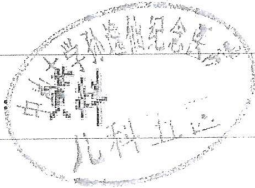
日 期: 2026年7月15日

项目救助款由  哥第普及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:陈 性别:女 年龄:9岁8月 科室:儿科五区(过渡区) 床号: 住院号:

姓名:陈	住院号:	出生地: 广东省广州市花都区
性别:女	年龄:9岁8月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间: 2026-05-25		
临床诊断: 1.骨髓增生异常综合征(伴7号染色体单体、SAMD9胚系突变); 2.慢性中性粒细胞减少; 3.中度贫血; 4.食物过敏(鸡蛋白、牛奶、小麦1级); 5.葡萄糖-6-磷酸酶缺乏; 6.中度消瘦;		
治疗意见: 继续治疗。		
记录日期: 2026-05-27	医生:	

家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）陈（患儿
监护人姓名），身份证号 家庭人口共5
人，家庭年收入为50000元。

其子/女陈（患儿姓名），身份证号
，患有骨髓增生异常综合征（疾病名称），已在中山大学孙逸仙纪念医院
医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基
本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字：陈

联系电话：

（盖章）

2026年06月05日

