

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: 2026611

申请日期: 2026年8月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2024年7月			梅州丰顺	
	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(极重型)		中山大学孙逸仙纪念医院	2026年7月6日	30~50万元		/	☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50%	☐ 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	陈	31	高血压				
	母亲	罗	33	健康				
1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 96000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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): 小孩患病前,刚完成房子的装修半年时间,背负装修贷款15万,房子因开发商资金问题没有出证,无法转手,还有一个小孩上学需要供养,孩子妈妈全职带娃,目前在移植仓内陪护,仅靠本人收入无法支撑巨额治疗费用,目前向亲朋好友借款总余额也刚刚满足院方要求的最低准备费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年8月2日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊极重型再生障碍性贫血、真菌感染(黄曲霉)、肺炎。需行造血干细胞移植术及抗感染治疗,预估总费用30~50万元。 医师签名: 符家贵 2026年8月2日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 51200 元 (大写: 5 万 1 千 2 百 元 角 分) 负责人签名: 林伟明 2026年8月2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 五 千 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月17日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 陈 性别: 男 年龄: 2岁
病种: 再生障碍性贫血 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 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): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月18日

项目救助款由



菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:陈 性别:男 年龄:2岁 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:陈	住院号	出生地: 广东省梅州市丰顺县
性别:男	年龄:2岁	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间: 2026-07-17		出院日期: 2026-07-31
临床诊断: 1. 再生障碍性贫血(极重型); 2. 肺炎; 3. 真菌感染(黄曲霉); 4. 贫血(中度); 5. 血小板减少; 6. 粒细胞缺乏; 7. 双侧肾积水; 8. 低钾血症;		
治疗意见: 住院行造血干细胞移植术。		
记录日期: 2026-07-31		医生: 黄科 儿科五区

情况说明

兹有我社区居民陈 身份证号码

家庭人口共 4 人，家庭年收入为 96000 元，因子女（陈 身份证号码 患有再生障碍性贫血，在中山大学孙逸仙纪念医院接受治疗。因治疗费用支出高，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

本情况说明仅限广东公益恤孤助学促进会重疾贫童救助项目使用。



