

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2026657 信息时报 No. 2384

申请日期: 2026 年 8 月 1 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	程		女	2020.10.11			湖北	
	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
	神经母细胞瘤		中山大学附属肿瘤医院	2024.12.15	20万-30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 301% 健康情况	☐ 城镇居民 _____ %	☐ 商业保险 _____ %	☐ 其他保险 _____ %	☐ 无	
病童家庭情况	姓名		年龄	联系电话	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>20000</u> 元 3、固定资产: <u>/</u> 套房子; <u>/</u> 辆摩托车; <u>/</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			
	父亲	程	35	健康				
	母亲	李	33	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。) 2024.12月确诊神经母细胞瘤，确诊在武汉协和医院。 在武汉协和医院进行了一次手术，1次化疗后转至山东省肿瘤医院。 于 2025.1.9-2025.10.23 在山东省肿瘤医院进行了 13 次化疗，1 次手术。 后转至孙逸仙纪念医院进行了 2 次化疗转至中山大学附属肿瘤医院。 至今进行了 7 次 T 化疗加免疫，12 次放疗，目前自费 70 万左右。 本人保证上述情况完全真实。 负债累累，不堪重负，特向促进会申请帮扶。 申请人签名: 程 2026 年 8 月 1 日							
调查意见	情况属实。 调查员签名: 林钧泽 2026 年 8 月 24 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 万 伍 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 25 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:	程	性别:	女	年龄:	5
病种:	神经母细胞瘤	治疗医院:	中山大学附属肿瘤医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为程 的治疗费用。

受助人 (监护人): 程

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依嘉

电 话: 18924052214

日 期: 2016年8月27日

中山大学附属肿瘤医院疾病证明

姓名:程

性别:女 年龄:5岁8月 籍贯:湖北省

入院日期:2026-07-09 08:14

出院日期:2026-07-10

住院号

入院诊断:腹膜后 神经母细胞瘤 M期 高危 难治性

出院诊断:腹膜后 神经母细胞瘤 M期 高危 难治性

治疗意见:

1.2026年7月22日按期返院行下程化疗。

2.每周复查血常规2-3次,如果白细胞 $<3.0 \times 10^9/L$,升白细胞治疗;如果血小板 $<50.0 \times 10^9/L$,升血小板治疗;如果血小板 $<20.0 \times 10^9/L$,返院输血小板。

3.不适随诊。

医生签名:

签名时间:2026年7月10日



[illegible]

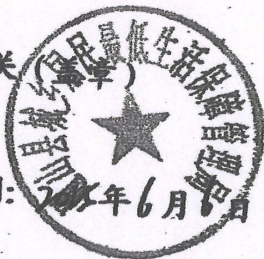
保障成员信息

[illegible]

保障成员信息

根据现行社会救助政策规定，经入户调查、信息比对、民主评议，您申请的社会救助待遇已获批准。在享受社会救助待遇期间，请您及时真实告知家庭收入、家庭成员变化情况，接受管理审批机关调查核实，按规定履行相关义务。

发证机关



一、发证时间:

2015年6月6日

户主姓名	程		
性别	女		
年龄	5		
家庭人口	4	保障人口 4	
管理类型	城市/农村	保障金额	990
身份证号	[Redacted]		
家庭住址	通山县九宫山镇		
救助证编号	[Redacted]		

