



广东公益恤孤助学促进会“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号: 2026669

申请日期: 2026 年 8 月 14 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	2024.4		广东-茂名		
	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
	极重型再生障碍性贫血	孙逸仙纪念医院	2026.3.27	100万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 约 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
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 3 名;		
	父亲 陈	37	良好		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 20000 元		
	母亲 李	37	良好		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车		
申请救助理由 (请详细描述)	4、家庭困难类型:						
	☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明;						
医院填写	☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明						
	本人儿子陈 不幸患上再生障碍性贫血, 在 2026 年 3 月至 8 月期间, 病情不断恶化, 从轻型到重型、极重型。目前, 在接受造血干细胞移植手术, 面对高昂的治疗和手术费用, 家庭已经入不敷出, 后续抗排异及复查费用极其昂贵, 希望能申请到专项救助。						
	本人保证上述情况完全真实。						
	申请人签名: 陈 2026 年 8 月 14 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断极重型再生障碍性贫血, 造血干细胞移植, 预年费用人民币叁拾万元 (30.000)。						
	医师签名: 林伟吟 2026 年 8 月 14 日						
	医院意见 (盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥ 572 元 (大写: 5 万 7 千 2 百 元 角 分)							
负责人签名: 林伟吟 2026 年 8 月 17 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万元整)							
负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 31 日 秘书处							



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: 极重型再生障碍性贫血 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 30,000 元（大写：人民币叁万元整），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: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 9 月 1 日

项目救助款由

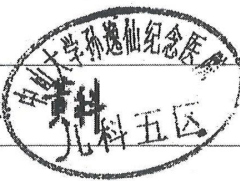


广东慈善基金会 资助。

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3月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:陈	住院号	出生地:广东省茂名市茂南区
性别:男	年龄:2岁3月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间:2026-08-04		出院日期:2026-08-06
临床诊断:1. 极重型再生障碍性贫血; 2. 异基因外周血造血干细胞移植;		
治疗意见: 目前患儿于我科住院治疗, 行造血干细胞移植		
记录日期:2026-08-06		医生: 

家庭情况说明

兹有我辖区居民：陈 身份证号码
现居住于：广东省茂名市茂南区
经我社区网格员走访、入户核实，现将该户家庭实际客观情况如实说明如下：

该居民家庭原本为普通工薪家庭，家庭收入微薄且仅能维持基本日常生活。因其于近期确诊重型再生障碍性贫血疾病，病情特殊，需长期持续治疗、定期复查、用药及康复护理。自孩子患病以来，家庭持续产生高额医疗自费支出，就医、治疗、药品、复查等费用给家庭造成极大经济压力。

因孩子患病需专人陪护就医，家长不得不压缩务工时间、频繁停工陪护，导致家庭收入下降。双重压力下，该家庭日常开支紧张、就医负担沉重，家庭生活已陷入较大困境，难以独立承担后续全部治疗费用。

该家庭情况属实、处境艰难，确需社会公益力量予以帮扶救助，望贵单位予以酌情考量、给予帮扶为盼！

特此说明。

（以上情况均为我社区实地核查真实情况。本证明仅如实陈述该家庭因病就医、支出巨大、生活承压的客观现状，不作民政低收入、贫困、特困等行政认定结论，仅供贵单位开展公益救助、爱心帮扶审核参考使用。）

茂名市茂南区站前街道高凉南社区居民委员会

2026年8月3日

