



广东公益恤孤助学促进会“善及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号: 2026821

申请日期: 2026年 9 月 17 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	男	2023年6月		广东 江门		
	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	中山大学孙逸仙纪念医院	2026年3月28	30万		1	☐ 是 ☒ 否 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>6万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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	黄	30	良好			
申请救助理由 (请详细描述)	母亲	关	24	良好			
	孩子现年3岁,确诊极重型再生障碍性贫血快一年,病情危重。从前活泼开朗,如今孩子身体瘦弱,精神不振,每周都要跑医院输血、输血小板维持生命,身上遍布针孔,造血功能衰竭,现需在广州孙逸仙医院做造血干细胞移植,即将进仓。我们是农村家庭,家中只有爸爸一个人打工赚钱,母亲要全天照料患儿,没有任何收入,家里积蓄已全部花光,变卖家用小车,向家人亲戚四处借钱。移植费用很高,后期还有大量自费药,家庭收入很低,已无力承担后续治疗费,暂时没有找到其他救助渠道,万般无奈向贵会申请救助,本人保证上述情况完全真实。恳请给孩子活下去的机会。 申请人签名: 关 26年 9 月 17 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”,拟行造血干细胞移植,预计治疗费用30万元。 医师签名: 林伟伦 26年 9 月 17 日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5万</u> 元 (大写: <u>5万</u> 元 拾 <u>0</u> 元 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 林伟伦 2026年 9 月 22 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: <u>贰万元整</u>) 负责人签名: 林钧泽 2026年 10 月 19 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: 黃 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 极重型再障 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 关

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20日

项目救助款由



哥第菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:黄 性别:男 年龄:3岁2月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:黄	住院号	出生地:广东省江门市蓬江区
性别:男	年龄:3岁2月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间:2026-08-31		出院日期:造血干细胞移植
临床诊断:极重型再生障碍性贫血		
治疗意见: 造血干细胞移植		
记录日期:2026-09-04		医生: 韩碧蔚 儿科五区

家庭情况说明

兹有患儿：黄[] 性别：男，出生日期：2023 年 06 月 18 日，年龄 3 岁 2 月，患极重型再生障碍性贫血疾病，是广东省江门市蓬江区杜阮镇杜阮村民委员会村民，父亲：黄[] 母亲：郑[] 因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用。现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：黄[] 身份证号码 []

患儿母亲：郑[] 身份证号码 []

情况属实，特此证明。



